



PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA BRINDAR CUIDADOS
HUMANIZADOS POR PARTE DE ESTUDIANTES Y PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

PERCEIVED SELF-EFFICACY TO PROVIDE HUMANIZED CARE AMONG
NURSING STUDENTS AND STAFF IN BUENOS AIRES, ARGENTINA

PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
HUMANIZADOS POR ESTUDANTES E PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Carlos Jesús Canova-Barrios^{1a} , Judit Figueira-Teuly¹ , Juddy Ayllon¹ ,
María Laura Miranda¹ , Marcela Ivón Barraud¹ 

¹Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

^a**Autor de correspondencia:** carlos.canova1993@gmail.com 

Citar como: Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):10-22. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69713>

Fecha de Recepción: 07 de Febrero del 2023

Fecha de Aprobación: 07 de Marzo del 2023

Fecha de Publicación: 14 de Marzo del 2023

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con sus pacientes que tienen los estudiantes y profesionales de enfermería (académicos y asistenciales) concurrente a un taller de extensión de una universidad privada de Buenos Aires, Argentina. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 76 sujetos equivalentes al 84,44% de los concurrentes a la actividad. Se implementó el instrumento Caring Efficacy Scale en su versión en español. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial utilizando el software Infostat. Se implementó el consentimiento informado y no se recolectaron datos filiatorios. **Resultados:** Los encuestados tuvieron una media de edad de 37,1 años, y fueron mayormente mujeres, de estado civil solteras, con hijos, y con más de cinco años de experiencia laboral. Se halló una relación entre no tener hijos, ser estudiante y tener formación de grado con mayores puntajes en las dimensiones empatía ($p = 0,028$), seguridad al brindar atención ($p = 0,005$) y habilidades de comunicación ($p = 0,037$), respectivamente. Se identificaron aspectos positivos que

evidencian humanización en la práctica. **Conclusiones:** Se hallaron niveles moderadamente positivos de percepción de autoeficacia para otorgar cuidados humanizados, siendo las dimensiones relación interpersonal y empatía la mejor y peor evaluadas, respectivamente. Se requiere implementar actividades de capacitación en cuidados humanizados tendientes a evitar la despersonalización del personal de enfermería.

Palabras clave: Autoeficacia; Cuidados de Enfermería; Humanización de la atención; Estudiantes de Enfermería; Docentes de Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To assess perceptions of self-efficacy to provide care and relate to their patients among nursing students and professionals (academic and nursing assistants) attending an extension workshop at a private university in Buenos Aires, Argentina. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional and quantitative study. The sample consisted of 76 subjects, representing 84.44% of those who participated in the activity. The Caring Efficacy Scale instrument was administered in its Spanish version. Descriptive and inferential analyses were performed using Infostat software. Informed consent was given and no philiatory data were collected. **Results:** Respondents had a mean age of 37.1 years and were mostly women, single, with children, and with more than five years of work experience. An association was found between not having children, being a student, and having a bachelor's degree with higher scores in the dimensions of empathy ($p = 0.028$), confidence in providing care ($p = 0.005$), and communication skills ($p = 0.037$), respectively. Positive aspects demonstrating humanization in practice were identified. **Conclusions:** Moderately positive levels of perceived self-efficacy to provide humanized care were found, with the interpersonal and empathy dimensions being the best and worst rated, respectively. It is necessary to implement training activities in humanized care to avoid depersonalization of caregivers.

Keywords: Self Efficacy; Nursing care; Humanization of Assistance; Nursing students; Nursing Faculty.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção de autoeficácia em cuidar e relacionar-se com seus pacientes entre estudantes e profissionais de enfermagem (acadêmicos e da saúde) participantes de uma oficina de extensão em uma universidade privada em Buenos Aires, Argentina. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo. A amostra foi composta por 76 sujeitos equivalentes a 84,44% dos frequentadores da atividade. O instrumento Caring Efficacy Scale foi implementado em sua versão em espanhol. Foi realizada análise descritiva e inferencial por meio do software Infostat. O consentimento informado foi implementado e nenhum dado filiado foi coletado. **Resultados:** Os respondentes tinham idade média de 37,1 anos, eram em sua maioria mulheres, solteiras, com estado civil, com filhos e com mais de cinco anos de experiência profissional. Encontrou-se relação entre não ter filhos, ser estudante e ter curso superior com escores mais elevados nas dimensões empatia ($p=0,028$), segurança no cuidado ($p=0,005$) e habilidades de comunicação ($p=0,037$), respectivamente. Foram identificados aspectos positivos que evidenciam a humanização na prática. **Conclusões:** Foram encontrados níveis moderadamente positivos de autoeficácia percebida para prestar cuidados humanizados, sendo as dimensões relacionamento interpessoal e empatia as melhores e piores avaliadas, respectivamente. É necessário implementar ações de capacitação em atendimento humanizado visando evitar a despersonalização do pessoal de enfermagem.

Palavras-chave: Autoeficácia; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; Estudantes de Enfermagem; Docentes de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977, quien alude que la motivación humana y la conducta son reguladas por el pensamiento,¹ y ello involucra tres tipos de expectativas: de situación, de resultado y de autoeficacia percibida. En la primera, se considera que las consecuencias son producto de eventos externos e independientes a la acción de la persona; en la segunda, la creencia sobre los resultados que producirá la ejecución de una conducta determinada, y, en tercer lugar, se alude a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para realizar actividades que contribuyan al alcance de los resultados esperados.²

En el caso del personal de enfermería, la autoeficacia percibida incide en la ejecución de acciones de cuidado, cantidad de esfuerzo que se les destina, así como la persistencia y compromiso frente a dichas actividades.³ Se podría inferir que cuando el personal de enfermería se percibe a sí mismo como poco eficaz, ejecutará menor cantidad y calidad de actividades de cuidado, contribuyendo negativamente al logro de los objetivos en salud planteados para el paciente.⁴ Por otro lado, algunos estudios como el de Llor Lozano et al., mencionan que las habilidades de comunicación y la percepción de autoeficacia se relacionan con un menor agotamiento emocional y despersonalización, y una mayor realización personal en el trabajo.⁵

Es importante destacar que la autoeficacia parece incidir en el desarrollo del Síndrome de Burnout (SB) tanto de forma directa como indirecta, planteándose como un importante modulador y protector el tener un concepto positivo de las propias habilidades, lo cual teniendo en cuenta que, por ejemplo, la despersonalización, componente primario del SB afecta entre un 20 y 60% del personal de enfermería refuerza la necesidad de realizar estudios en esta área.⁶⁻⁹

Por otro lado, el cuidado enfermero debe ser estructurado, formalizado y destinado a la plena satisfacción de las necesidades del sujeto de atención, cliente o paciente, lo cual amerita de contar con conocimientos y habilidades para brindar una atención de calidad, centrada en la persona y su familia.¹⁰ En el marco de la atención, también se ha de destacar la implementación de actividades relacionadas con los valores y la ética profesional, haciendo hincapié en la humanización del cuidado y el cuidado sensible, dada su influencia sobre el proceso de recuperación y la estancia hospitalaria, sin embargo, en los procesos formativos, algunos estudios refieren que se ha mantenido un enfoque técnico en la formación del recurso humano, dejándose a un lado dichos aspectos.¹¹⁻¹²

El Cuidado Humanizado (CH) incluye aspectos como la relación con el paciente, buen trato, sensibilidad y valor de la dignidad humana, los cuales son ampliamente abordados desde la perspectiva de autoeficacia percibida en el estudiante y/o profesional para ejecutarlos en la dispensación del cuidado en instrumentos como el Caring Efficacy Scale de Coates usado en el presente trabajo.^{13,14} Según Bandura, el sujeto planifica y ejecuta sus actos dependiendo del juicio que tenga sobre sus capacidades para hacerlo, lo cual resalta la relevancia de realizar estudios que evalúen estos aspectos desde la perspectiva del cuidador.¹

Basados en lo anterior, el presente trabajo pretende evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con sus pacientes que tienen los estudiantes y el personal de enfermería (académicos y asistenciales) que concurrieron a un conversatorio sobre cuidado humanizado en enfermería realizado en el segundo semestre de 2021 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. Se incluyó a los concurrentes al “Conversatorio sobre Cuidado Humanizado en Enfermería” realizado en el marco de las actividades de extensión universitaria de la carrera de Licenciatura en Enfermería de una universidad privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina en el segundo semestre de

2021. Se incluyó en el estudio a aquellos que brindaron su consentimiento informado para participar y que respondieron de forma completa el instrumento. Se partió de una población de 90 sujetos y de ellos, 76 (84,44%) accedieron a participar.

Se implementó el instrumento Caring Efficacy Scale (CES) de Carolie Coates construido a partir de la filosofía Transpersonal del Cuidado Humano de Watson, en su versión en español validada en Chile y que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.76.^{14,15} Este instrumento está conformado por 30 reactivos que se responden en una escala de 6 adjetivos que va desde Fuertemente en desacuerdo (1) hasta Fuertemente de acuerdo (6). El instrumento cuenta con 15 reactivos redactados en forma positiva y 15 en forma negativa, los cuales se traducen en aspectos percibidos positiva y negativamente respecto al cuidado, los cuales son agrupados en cuatro dimensiones: Seguridad al brindar atención (ítems 1, 4, 9, 12, 15 y 16), Relación Interpersonal (ítems 2, 3, 11, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 29 y 30), Habilidades de Comunicación (ítems 5, 6, 13, 14, 15, 20, 21 y 28) y Empatía (ítems 7, 8, 10, 26 y 27)¹⁶. El ítem 15 se incluye en las tres primeras dimensiones dado que no discrimina entre ellas. Se complementó la recolección de información con una batería de preguntas para caracterizar a la muestra incluyendo variables como edad, sexo, estado civil, nivel formativo, tenencia de hijos, actividades desempeñadas (asistencial, gestión, docencia, investigación, estudiante) y experiencia laboral.

Para la recolección de datos, se remitió el instrumento y el consentimiento informado vía correo electrónico utilizando el software de administración de encuestas formularios de Google. En cuanto al análisis, los datos fueron extraídos en una base de datos en Microsoft Excel y fueron procesados utilizando el Software InfoStat/L. Se calcularon frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para el análisis inferencial, debido al muestreo no probabilístico implementado se utilizaron test no paramétricos como U-Mann-Whitney para la comparación de medias entre dos grupos y Kruskal Wallis para comparar medias entre más de dos grupos. Se fijó un nivel de significancia de $p < 0,05$.

El estudio con aprobación por las autoridades de la institución. Se implementó el Consentimiento Informado escrito y no se recolectaron datos personales ni filiarios de los sujetos como nombres, apellidos, números de documentos o cualquier otra información que permitiese filiar al encuestado con el instrumento diligenciado, asegurando el anonimato. De acuerdo con la legislación argentina vigente el presente constituye un estudio “sin riesgo” dado que es un estudio observacional en el cual se utilizaron datos ya recolectados y no se recopilaron datos filiarios.¹⁷

RESULTADOS

Se recibieron 76 encuestas, de las cuales, una fue eliminada debido a que no había sido completada en su totalidad. La media de edad de los encuestados fue de 37,1 años (DE = 10) con un rango comprendido entre 20 y 57 años, mayormente mujeres (88,00%), de estado civil soltero (57,33%), con hijos (69,33%), con formación académica máxima de estudiantes (33,33%) y de licenciatura en enfermería (26,66%), con más de cinco años de experiencia laboral (44,00%) y realizan actividades asistenciales (68,00%) (Tabla 1).

En cuanto al análisis de la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanos y relacionarse con los pacientes, se obtuvo en la dimensión Seguridad al brindar atención, que el ítem 9 obtuvo la media más alta ($m = 4,61$ DE = 1,52) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes” y el ítem 16 obtuvo la media más baja ($m = 1,85$ DE = 1,11) identificándose que los encuestados estaban entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Aun cuando siento confianza en mí mismo(a) respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes” (Tabla 2).

Tabla 1: Caracterización de la muestra, 2021.(n = 75)

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	9	12,00
	Mujer	66	88,00
Estado civil	Soltero(a)	43	57,33
	Casado(a)	22	29,33
	Unión Libre	5	6,67
	Divorciado(a)	4	5,33
	Viudo(a)	1	1,33
Tenencia de hijos	Si	52	69,33
	No	23	30,67
Formación	Estudiante	25	33,33
	Técnico(a)	18	24,00
	Licenciado(a)	20	26,67
	Posgrado	12	16,00
Experiencia laboral	<1 año	9	12,00
	1-2 años	12	16,00
	3-5 años	13	17,33
	>5 años	33	44,00
	No trabaja	8	10,67
Total		75	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión Relación Interpersonal se encontró que el ítem 2 obtuvo la media más alta ($m = 4,57$ $DE = 1,69$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella” y el ítem 17 obtuvo la media más baja ($m = 1,56$ $DE = 0,87$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes” (Tabla 2).

En la dimensión Habilidades de Comunicación se encontró que el ítem 5 obtuvo la media más alta ($m = 4,55$ $DE = 1,60$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueado(a)”, mientras, el ítem 21 obtuvo la media más baja ($m = 1,87$ $DE = 1,12$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor” (Tabla 2).

Finalmente en la dimensión Empatía el ítem 10 obtuvo la media más alta ($m = 4,53$ $DE = 1,63$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales”, mientras, el ítem 26 obtuvo la media más baja ($m = 1,83$ $DE = 1,26$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes” (Tabla 2).

Tabla 2: Media, desviación estándar, distribución e importancias relativas por ítems y dimensiones del instrumento CES, 2021. (n = 75)

Dimensión	Ítem	Media	SD	FD		MD		LD		FA		MA		LA		
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Seguridad al brindar atención	1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	1,95	1,36	41	54,67	16	21,33	7	9,33	6	8,00	2	2,67	3	4,00
	4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes	4,49	1,64	6	8,00	8	10,67	2	2,67	14	18,67	17	22,67	28	37,33
	9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes	4,61	1,52	2	2,67	11	14,67	1	1,33	17	22,67	13	17,33	31	41,33
	12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío	2,6	1,79	32	42,67	12	16,00	8	10,67	9	12,00	5	6,67	9	12,00
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes	1,85	1,11	39	52,00	18	24,00	10	13,33	7	9,33	0	0,00	1	1,33
Relación interpersonal	2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	4,57	1,69	6	8,00	9	12,00	1	1,33	11	14,67	16	21,33	32	42,67
	3	Me siento cómoda al "tocar" a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	4,45	1,65	5	6,67	10	13,33	3	4,00	14	18,67	14	18,67	29	38,67
	11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes	4,55	1,52	4	5,33	8	10,67	3	4,00	13	17,33	22	29,33	25	33,33
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	17	Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes	1,56	0,87	49	65,33	13	17,33	10	13,33	3	4,00	0	0,00	0	0,00
	18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes	3,77	1,76	10	13,33	15	20,00	5	6,67	12	16,00	18	24,00	15	20,00
	19	Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes	4,24	1,64	6	8,00	11	14,67	2	2,67	18	24,00	16	21,33	22	29,33
	22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona	4,48	1,68	5	6,67	10	13,33	4	5,33	12	16,00	13	17,33	31	41,33
	23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona	2,07	1,45	40	53,33	13	17,33	8	10,67	8	10,67	3	4,00	3	4,00
	24	A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía	1,96	1,4	40	53,33	18	24,00	7	9,33	4	5,33	2	2,67	4	5,33
	25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas	4,11	1,72	7	9,33	12	16,00	5	6,67	16	21,33	12	16,00	23	30,67
	29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles	2,45	1,52	25	33,33	23	30,67	9	12,00	9	12,00	4	5,33	5	6,67
	30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes	2,39	1,58	31	41,33	18	24,00	7	9,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33

Continuación Tabla 2.

Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):10-22.

Habilidades de comunicación	5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada	4,55	1,60	4	5,33	11	14,67	0	0,00	14	18,67	17	22,67	29	38,67
	6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	4,29	1,56	5	6,67	9	12,00	5	6,67	16	21,33	20	26,67	20	26,67
	13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control	2,19	1,43	34	45,33	17	22,67	10	13,33	6	8,00	6	8,00	2	2,67
	14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado	4,23	1,73	8	10,67	10	13,33	3	4,00	13	17,33	18	24,00	23	30,67
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito	2,21	1,42	33	44,00	18	24,00	8	10,67	8	10,67	7	9,33	1	1,33
	21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor	1,87	1,12	37	49,33	21	28,00	11	14,67	3	4,00	2	2,67	1	1,33
	28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel	4,45	1,60	4	5,33	11	14,67	2	2,67	15	20,00	16	21,33	27	36,00
Empatía	7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho	4,41	1,43	2	2,67	12	16,00	1	1,33	16	21,33	26	34,67	18	24,00
	8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona	2,8	1,82	30	40,00	8	10,67	9	12,00	12	16,00	7	9,33	9	12,00
	10	Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales	4,53	1,63	6	8,00	7	9,33	3	4,00	13	17,33	17	22,67	29	38,67
	26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes	1,83	1,26	44	58,67	15	20,00	7	9,33	4	5,33	4	5,33	1	1,33
	27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo	2,37	1,61	34	45,33	13	17,33	8	10,67	11	14,67	4	5,33	5	6,67

Fuente: Elaboración propia.

FD: Fuertemente en Desacuerdo, MD: Moderadamente en Desacuerdo, LD: Ligeramente en Desacuerdo, FA: Fuertemente de Acuerdo, MA: Moderadamente de Acuerdo, LA: Ligeramente de Acuerdo.

El ítem con mejor percepción de autoeficacia en la dispensación de cuidados y relación con los pacientes fue “Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes” con una media de 4,61 (DE = 1,52) lo que indica que se encuentran de ligera a moderadamente de acuerdo con dicha afirmación, mientras, el ítem “Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes” obtuvo la media más baja con 1,56 (DE = 0,87) lo cual indica que los encuestados están entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación (Tabla 2).

Al realizar el análisis inferencial, no se halló relación entre la edad ($p = 0,789$), el sexo ($p = 0,695$), el estado civil ($p = 0,212$) y la experiencia laboral ($p = 0,774$) con la percepción de autoeficacia que tienen los encuestados para otorgar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes.

Los encuestados sin hijos, presentaron medias superiores en la dimensión empatía ($p = 0,028$), mientras los estudiantes obtuvieron medias superiores en la dimensión seguridad al brindar atención ($p = 0,005$) y empatía ($p = 0,023$), y los licenciados en la dimensión habilidades de comunicación ($p = 0,037$). Los técnicos en enfermería obtuvieron medias inferiores en la totalidad de las dimensiones evaluadas. En cuanto al rol, los encuestados que realizaban actividades asistenciales, obtuvieron medias superiores en la dimensión empatía al ser comparados con aquellos que no realizaban este tipo de actividades ($p = 0,049$) (Tabla 3).

Tabla 3: Relación entre las variables sociodemográficas y laborales con las dimensiones del CES, 2021 (N = 75)

Variable	Categorías	Seguridad al brindar atención	Relación Interpersonal	Habilidades de comunicación	Empatía
Sexo	Hombre	18,78 (3,35)	45,33 (5,77)	27,78 (4,44)	16,67 (15,85)
	Mujer	17,27 (4,94)	42,17 (11,07)	25,45 (6,90)	15,85 (4,99)
Estado civil	Soltero(a)	17,93 (4,24)	43,42 (9,73)	26,02 (6,05)	16,63 (4,64)
	Casado(a)	17,68 (4,27)	44,09 (9,71)	27,05 (6,16)	16,00 (4,67)
	Unión Libre	15,40 (6,84)	34,60 (15,40)	19,60 (8,17)	12,40 (5,50)
	Divorciado(a)	16,25 (8,62)	40,50 (12,01)	26,75 (9,00)	15,25 (6,65)
	Viudo(a)	7,00 (0,00)	19,00 (0,00)	11,00 (0,00)	6,00 (0,00)
Tenencia de hijos	Si	16,87 (5,36)	40,79 (11,86)	25,33 (7,53)	15,10 (5,07)
	No	18,78 (2,81)	46,52 (5,25)	26,65 (4,10)	17,87 (4,10)*
Formación	Estudiante	19,24 (3,38)†	45,08 (4,95)	27,72 (4,55)	17,52 (4,79)§
	Técnico(a)	14,89 (4,00)	37,67 (12,59)	22,33 (7,23)	13,33 (3,93)
	Licenciado(a)	19,00 (4,77)	45,70 (8,39)	28,30 (5,85)‡	17,30 (3,99)
	Posgrado	15,00 (6,03)	39,33 (15,88)	22,42 (7,90)	14,33 (6,29)
Experiencia laboral	<1 año	19,56 (2,60)	45,56 (4,00)	26,89 (4,51)	17,56 (4,07)
	1-2 años	18,83 (4,02)	44,08 (7,30)	28,08 (4,32)	16,50 (4,93)
	3-5 años	17,00 (4,28)	39,85 (11,59)	24,08 (7,03)	14,77 (4,21)
	>5 años	16,27 (5,39)	41,85 (12,74)	25,03 (7,63)	15,33 (5,31)
	No trabaja	18,63 (5,26)	44,13 (8,84)	26,50 (6,91)	17,75 (5,39)

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Valores expresados en media y desvío estándar. * $p=0,028$; † $p=0,005$; ‡ $p=0,037$; § $p=0,023$.

DISCUSIÓN

El CH en enfermería busca que se pueda brindar al paciente una atención centrada en sus necesidades y experiencias, con un enfoque en el tratamiento de la persona en su totalidad en lugar de solo su condición médica. La dispensación del CH contribuye a la mejora de la satisfacción del paciente, promueve una recuperación más rápida y fortalece la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el receptor de los cuidados. Al reconocer y abordar las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los pacientes, la atención humanizada también puede contribuir a mejorar los resultados generales de salud y las experiencias de los pacientes.^{18,19}

En el presente trabajo se identificó una mejor autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con los pacientes en los encuestados que eran estudiantes o licenciados en enfermería, que no tenían hijos y que desarrollaban actividades asistenciales, coincidiendo con los hallazgos reportados en la literatura científica.

Como fue mencionado, se identificó una relación estadísticamente significativa entre ser estudiante y tener puntajes altos en las dimensiones seguridad al brindar atención y empatía. Este hallazgo coincide con estudios como el de González Tobias et al., en el cual se encontró un nivel alto de autoeficacia en un 73,7% de una muestra de 217 estudiantes de enfermería de una universidad colombiana. Las autoras describen que la autoeficacia percibida positiva por parte de estudiantes, guarda estrecha relación con la percepción de su propia imagen como futuro profesional (autoimagen positiva) y su rendimientos académico, lo cual dado que la muestra está integrada por los asistentes a una actividad de extensión de concurrencia voluntaria, podría inferirse que estos desean continuar con un buen desempeño académico evidenciado en su interés en mejorar sus conocimientos y con ello brindar un mejor cuidado a sus pacientes.²⁰

En el presente trabajo se identificó un concepto negativo de autoeficacia en el personal de enfermería con nivel formativo de tecnicatura (título de pregrado). De acuerdo con algunas investigaciones, las actividades que desarrollan en el marco de la atención del paciente los trabajadores con este nivel de estudios los exponen en mayor medida al agotamiento emocional, la despersonalización y al deterioro en su calidad de vida, dado que son estos los que están mayor tiempo en contacto con el paciente, a la vez que cuentan con menor cantidad de herramientas de afrontamiento en comparación con aquellos trabajadores con título de licenciatura.²¹ A su vez, se ha descrito que el desgaste profesional afectamente negativamente el ejercicio de la empatía en la práctica profesional, lo cual explicaría los hallazgos en el presente trabajo.²²

Resulta importante destacar el hallazgo de mayores niveles de empatía en los trabajadores sin hijos. Al respecto, se ha descrito que aquellos profesionales sin hijos tienen más tiempo para dedicarse a sí mismos, lo cual mejora considerablemente su bienestar y deriva en una mejor y más empática relación con sus pacientes.²³

En cuanto a las actividades profesionales que desarrollaban los encuestados, se encontró que en aquellos que cumplían con roles de asistencia directa al paciente, tenían mayores niveles de empatía en comparación con aquellos que tenían dedicación exclusiva a la docencia, investigación y/o gestión de servicios de enfermería. Algunos trabajos han relacionado las habilidades sociales de comunicación y ejercicio de la empatía con menor desgaste profesional y el mantenimiento de la motivación frente al trabajo; así, la empatía es una cualidad que amerita ser desarrollada durante la formación profesional y que debe ser ejercida durante la atención al paciente dados sus beneficios para el profesional y el sujeto de cuidados.²² Por otro lado, autores como Maidana & Samudio han identificado en una muestra de 81 docentes universitarios que cerca de una cuarta parte de ellos, debe mejorar aspectos de su inteligencia emocional, lo cual se ha relacionado con el desarrollo del síndrome de Burnout con afectación en sus distintas dimensiones, entre ellas la despersonalización

(explicando la autoeficacia percibida baja en la dimensión empatía).²⁴⁻²⁶ Así como con variables relacionadas con el trabajo como la inestabilidad laboral, presión para realizar actividades de investigación y vinculación, poliempleo y estrés laboral, lo cual explica la autoeficacia percibida negativa en aquellos que realizan actividades distintas a la asistencial.^{27,28}

Respecto al nivel formativo y las habilidades para la comunicación, se identificaron medias superiores en aquellos con formación de grado (título de licenciatura en enfermería). Estudios han descrito que las habilidades sociales y comunicacionales para el cuidado humanizado son fortalecidas y desarrolladas durante los tramos formativos, lo cual apoya la relación entre mayor tiempo de formación y una percepción de autoeficacia más positiva.²⁹ La relación entre el profesional de enfermería y el paciente amerita del ejercicio pleno de la comunicación dado su papel como instrumento y herramienta mediadora de la humanización de los cuidados, favoreciendo la confianza, expresión de emociones, y el poder brindar tranquilidad y bienestar a los receptores de cuidado y sus familias.¹²

En cuanto a la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente, los hallazgos del presente estudio son similares a los hallazgos de Guerrero-Ramírez et al., quienes encontraron en una muestra de 46 profesionales de enfermería que laboraban en servicios de medicina de Lima (Perú), que el cuidado humanizado que ofrecen los profesionales encuestados era caracterizado como regular en un 52%, concluyendo la necesidad de implementar estrategias de mejora de la atención brindada basadas en la capacitación del personal.³⁰ En el presente estudio, se identificó un nivel moderadamente positivo en la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente, lo cual muestra un área de prioritaria intervención sobre todo en el personal que realiza actividades asistenciales y docentes quienes son los más expuestos a condiciones y variables que causan despersonalización.³¹

En cuanto a las limitaciones pueden mencionarse el muestreo no probabilístico (intencional) implementado, el pequeño tamaño muestral y que los encuestados eran concurrentes a una actividad sobre cuidado humanizado para enfermeros y estudiantes de enfermería; lo anterior, puede interferir con la representatividad de los hallazgos, requiriéndose de nuevos estudios que busquen analizar la autoeficacia para dispensar cuidados humanizados en estudiantes y enfermeros en servicio.

CONCLUSIONES

Se encontró un nivel medio de percepción de autoeficacia percibida para otorgar cuidados humanizados, siendo la dimensión Relación Interpersonal la de mejor comportamiento, mientras, la dimensión Empatía fue la peor evaluada. Se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y laborales como tenencia de hijos, nivel formativo y rol profesional con las dimensiones que integran la percepción de autoeficacia que tienen los encuestados para otorgar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes, al respecto, aquellos con hijos, con formación de tecnicatura en enfermería (título de pregrado) y quienes desempeñan rol asistencial presentaron medias más bajas en las dimensiones que integran la autoeficacia para prestar cuidados humanizados.

Los objetivos del estudio fueron logrados, permitiendo identificar variables que afectan negativamente la autoeficacia para brindar cuidados humanizados y poder en consecuencia, realizar intervenciones tendientes a reducir el impacto de estas sobre la dispensación del cuidado. Por lo anterior, se requiere de la implementación de actividades de capacitación continua que propendan por la formación en cuidados humanizados en el personal de enfermería, sobre todo en aquellos que desempeñan actividades hospitalarias para evitar la despersonalización.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: El presente estudio fue financiado por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

AUTORÍA:

CCB, MIB: Conceptualización, Curación de datos, Análisis Formal, Adquisición de Fondos, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

JFT: Conceptualización, Análisis Formal, Adquisición de Fondos, Investigación, Metodología, Recursos, Validación, Redacción – revisión y edición.

JNA: Análisis Formal, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición.

MMJ: Análisis Formal, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of Control. New York: Freeman. 1977.
2. Roth L, Vankeirsbilck C. Expectativas de los enfermeros/as sobre las actividades de los residentes en formación. *Crear En Salud* 2022; 18:71-87. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/article/view/38541>
3. Moran V, Israel H, Sebelski C. Leadership development of nursing professionals: Education and influences of self-efficacy. *Nurs Outlook* 2021; 69(4):589-597. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.002>
4. Hu SH, Yu YM, Chang WY, Lin YK. Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *J Clin Nurs* 2018; 27(3-4):876-882. <http://doi.org/10.1111/jocn.14129>
5. Llor Lozano J, Seva Llor AM, Díaz Agea JL, Llor Gutiérrez L, Leal Costa C. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enferm Global* 2020; 19(59):68-92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
6. Georges MT, Roberts LR, Johnston Taylor E, Nick JM, Dehom S. Burnout, Self-Efficacy, and Resilience in Haitian Nurses: A Cross-Sectional Study. *J Holist Nurs* 2022; 40(4):310-325. <https://doi.org/10.1177/08980101211065600>
7. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Simón Márquez MDM, Gázquez Linares JJ. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina* 2019; 55(6):237. <http://doi.org/10.3390/medicina55060237>
8. Torre M, Santos Popper M, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería Intensiva* 2019; 30(3):108-115. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.005>
9. Cortina Navarro C, Canova-Barrios C, Anaya Padilla LC, Pardo DM, Sánchez Muñoz E, Cano Páez E. Síndrome de Burnout y sintomatología del estrés en personal de enfermería, en unidades de hospitalización psiquiátrica. 2013. *Rev Colomb Salud Libre* 2013; 8(2):23-33.
10. Cruz Rivero C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev.)* 2020; 9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
11. Campos-Quintero L, Vásquez-Truissi ML. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Rev Colomb Enferm* 2021; 20(1):e031. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.2830>
12. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Global* 2020; 19(58):640-672. <https://doi.org/eglobal.392321>
13. Peralvo Veloz GL, Ramírez Gavilanes GI. Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria. *Salud Cienc Tecnol* 2022; 2:161. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022161>

14. Coates C. The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. *Adv Practice Nurs Quarterly*/ Summer 1997; 3(1):53-9.
15. Poblete-Troncoso MDC, Valenzuela-Suazo 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. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1>
16. Luengo Catriful YA, Tapia Delgado G, Villalonco Rifo CE. Percepción de Estudiantes de Enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile respecto del Cuidado Humanizado que brindan en sus experiencias prácticas [Tesis de grado]. Universidad Austral de Chile. 2019. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2019/fml948p/doc/fml948p.pdf>
17. Resolución 1480. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Ministerio de Salud, 2011. http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf
18. Villarreal Ger MC, JE. Guía sobre el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza - Lago agrio, 2019. Conrado 2021; 17(83):181-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000600181
19. Martos Enrique M, Galiana Camacho T, León Latorre MI. La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2020; 11(1):107-114. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.4917>
20. Gonzalez Tobias D, Pedrozo Palencia E, Ahumado Caraballo M, Romero Herrera I, Blanquicett Murieles Y. Autoeficacia percibida en estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena y desempeño académico durante las prácticas formativas [Tesis de grado]. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena; 2017. <https://hdl.handle.net/11227/4520>
21. Canova-Barrios C, Oviedo-Santamaría P. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 2021; 32:181-188. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.002>
22. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile. *Enf Clin* 2017; 27(6):379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
23. Moralle M, Preston J, Chen L, Berberian WS. An Exploratory Study of Empathy in Resident Physicians at an Urban Medical Center. *Int J Caring Sci*. 2016; 9(2):526-533. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/18_Moralle_original_9_2.pdf.
24. Maidana A, Samudio M. Inteligencia emocional de docentes de enfermería según aptitud demostrada en su entorno laboral. *Medicina Clínica y Social* 2018; 2(2):72-83. <https://doi.org/10.52379/mcs.v2i2.54>
25. Pérez Fernández S, Mosquera Losada ME, Agras Suárez MC, Vallejo Curto MC, Pérez Martín J. Inteligencia emocional y síndrome de Burnout en docentes de enfermería de universidad de Vigo 2020. *Revista DELOS* 2021; Número especial:52-67. <https://doi.org/10.51896/DELOS/MOKY1668>
26. Chávez Orozco CA. Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA* 2016; 1(9):77-95. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n9.2016.55>
27. Ilaja B, Reyes C. Burnout y estrategias de inteligencia emocional en profesores universitarios: implicaciones en la salud laboral educativa. *Psicología desde el Caribe* 2016; 33(1):31-46. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8081>
28. Yslado Méndez RM, Ramirez Asis EH, García-Figueroa ME, Arquero Montaña J. Clima laboral y burnout en profesores universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 2021; 24(3). <https://doi.org/10.6018/reifop.476651>
29. Díaz Oviedo A, Villanueva Delgado IA, Martínez Licon JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery* 2020; 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>

Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. *Rev. chil. enferm.* 2023;5(1):10-22.

30. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, de La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. *Rev Enferm Herediana* 2016; 9(2):133-142. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
31. Figueira-Teuly J, Canova-Barrios C, Lepez CO. La integración curricular en enfermería. Reseña del Conversatorio alusivo al Día de la Enfermería Argentina 2022. *Salud Cienc. Tecnol* 2022; 2:166. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022166>