



Autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería

Nurses' self-efficacy to provide humanized care

Mariel Alejandra Mansilla^{1,a}, Carlos Canova Barrios^{2,b}

Resumen

Objetivos: evaluar la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería de una institución sanitaria especializada en rehabilitación de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina durante el primer semestre del 2023. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizó el Caring Efficacy Scale de Coates con un alfa de Cronbach de 0,91. Se implementó el consentimiento informado y no se recolectaron datos filiatorios. **Resultados:** participaron 95 profesionales de enfermería con una edad media de 38,29 años (DE:8,00), mujeres (82,11%), solteros (57,89%), con hijos (62,11%), con formación de tecnicatura en Enfermería (73,68%), desempeñaban actividades asistenciales (86,32%) y tenían más de 5 años de experiencia laboral (64,21%). El ítem con mejor valoración fue "Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona" con una media de 5,07 (DE:1,52) categorizado como "Moderadamente de acuerdo", mientras, el ítem con peor valoración fue "A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito" con una media de 2,44 (DE:1,56) categorizado como "Moderadamente en desacuerdo". La media de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue de 148,13 (DE:23,75) categorizado como moderadamente positiva. **Conclusiones:** la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue positiva y se relacionó negativamente con la realización de actividades asistenciales. Se amerita de implementar estrategias para prevenir la deshumanización en el personal de enfermería, así como implementar actividades de capacitación para mejorar la atención.

Palabras claves: autoeficacia, cuidados de enfermería, enfermeras y enfermeros, enfermería, humanización de la atención.

Abstract

Objective: to evaluate the perception of self-efficacy to provide humanized care by the nursing staff of a health institution specialized in rehabilitation in the city of Buenos Aires, Argentina, during the first semester of 2023. **Methods:** descriptive, cross-sectional, and quantitative study. Coates' Caring Efficacy Scale instrument was implemented in its Spanish version with a Cronbach's alpha of 0.91. Informed consent was obtained, and no data were collected. **Results:** the participants were 95 nurses with a mean age of 38.29 years (SD: 8.00), female (82.11%), single (57.89%), with children (62.11%), trained as a nurse technician (73.68%), performing nursing activities (86.32%), and with more than 5 years of work experience (64.21%). The item with the best rating was "If I think a client/patient is uncomfortable or may need help, I approach that person" with a mean of 5.07 (SD:1.52) categorized as "moderately agree", while the item with the worst rating was "I often find it difficult to make my point to patients/clients when I need to" with a mean of 2.44 (SD:1.56) categorized as "moderately disagree". The mean self-efficacy to provide humanized care was 148.13 (SD:23.75), categorized as moderately positive. **Conclusions:** the perception of self-efficacy to provide humanized care was positive and negatively related to the performance of care activities. There is a need to implement strategies to prevent dehumanization among caregivers and to implement training activities to improve care.

Keywords: self efficacy, nursing care, nurses, nursing, humanization of assistance.

Recibido el
29 de noviembre de 2023
Aceptado
25 de mayo de 2024

¹Escuela Metropolitana de Altos Estudios (EMAE). Buenos Aires, Argentina.

^aMagister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud.

<https://orcid.org/0009-0005-5923-9838>

²Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires, Argentina.

^bDoctor en Ciencias Médicas & Salud Pública.

<https://orcid.org/0000-0003-3901-6117>

*Correspondencia:
Carlos Canova Barrios
Correo electrónico:
carlos.canova1993@gmail.com

Doi:

<https://doi.org/10.47993/gmbv46i2.763>

Comprender al ser humano más allá de lo biológico es una condición indispensable para brindar el cuidado enfermero, teniendo en cuenta que este debe ser holístico e integrado buscando evitar la fragmentación del sujeto y su cosificación¹. Para lo anterior, se requiere que el profesional cuente con los conocimientos y habilidades para brindar cuidados que estén orientados al paciente y a la integralidad de su ser, lo cual es referido bajo el término de Cuidado Humanizado (CH), el cual incluye aspectos de la relación profesional-paciente como el trato cordial, la sensibilidad y el respeto^{2,3}.

Bandura⁴ refiere que el pensamiento es regulado por la motivación y la conducta humana, por ello, las creencias y expectativas sobre lo que ocurrirá si realiza determinada acción y la percepción de contar con las capacidades para realizar actividades que contribuyan al alcance de las metas esperadas, son elementos indispensables al analizar la praxis profesional. Basados en ello, podría mencionarse que la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados incide en el esfuerzo, persistencia y compromiso para implementarlo; así, cuando el profesional se percibe como poco eficaz, ejecutará menor cantidad y calidad de actividades de humanización⁵. Asimismo, algunas condiciones laborales como la sobrecarga de trabajo, las jornadas extensas, la escasa experiencia laboral, la antigüedad en el trabajo, el estrés, entre otras, pueden incidir negativamente en la dispensación del cuidado con un enfoque humanizado^{6,7}.

Por otro lado, Lepez & Eiguchi⁸, refieren la necesidad de una formación ética que brinde las herramientas para brindar cuidados humanizados a los pacientes, siendo parte relevante del accionar del enfermero. Por lo anterior, es importante que en el marco laboral, los departamentos de docencia y enfermería provean orientaciones para que el profesional adquiera competencias para la humanización del quehacer profesional, vinculando la mejora en la praxis enfermera con la participación en actividades de formación continuada⁹. Lo anterior, repercutirá positivamente sobre el paciente, permitiéndole al profesional relacionarse y comunicarse de manera efectiva, reduciendo la estancia hospitalaria, acelerando los procesos de recuperación y contribuyendo a aumentar la satisfacción con los cuidados brindados^{10,11}. Basados en lo anterior, resulta indispensable analizar la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados en el personal de enfermería, dado que podría servir para detectar áreas pasibles de intervención para mejorar la atención al paciente.

Diversos estudios se han desarrollado con la finalidad de conocer la percepción de estudiantes y profesionales de enfermería sobre sus capacidades para brindar cuidados humanizados, y han reportado mayormente una percepción positiva. Al respecto, un estudio realizado en Buenos Aires (Argentina) que incluyó 76 estudiantes y profesionales de enfermería, encontró niveles moderadamente positivos de percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados¹², mientras que, otro trabajo realizado en Chile con 197 estudiantes de enfermería, concluyó que el 73% de los encuestados tuvieron un alto grado de percepción para brindar cuidados humanizados¹³. Por otro lado, desde la perspectiva del paciente se ha referido que el cuidado humanizado contribuye a una mejoría en la calidad de vida, la calidad de sueño y acelera los procesos de recuperación¹⁴, evidenciando la relevancia de realizar este tipo de actividades en los entornos hospitalarios, sobre todo, en pacientes en procesos de rehabilitación. Cernas-Ortiz et al.¹⁵, y Ventura & Sosa¹⁶, han descrito que la percepción del éxito al realizar una tarea, motiva al profesional a ponerse metas más exigentes, lo cual mejora su desempeño y compromiso, lleva a considerar que la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados incide en la implementación de las actividades de humanización.

Por lo anterior, se diseñó el presente estudio con la finalidad de evaluar la autoeficacia percibida, para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería de una institución sanitaria especializada en rehabilitación de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina durante el primer semestre del 2023.

Materiales y métodos

El presente trabajo se corresponde con un estudio descriptivo con componentes analíticos, de corte transversal y con enfoque cuantitativo.

La población estuvo comprendida por 108 trabajadores de enfermería de una institución sanitaria de carácter privado especializada en la atención a pacientes en rehabilitación, situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, de los cuales, 96 trabajadores accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Se excluyó una observación dado que el instrumento se encontraba mal diligenciado, siendo la muestra final de 95 observaciones (87,96%).

Se incluyó al personal de enfermería con formación de tecnicatura y licenciatura, así como a los pasantes de enfermería, con más de 6 meses de antigüedad laboral en la institución y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Se excluyó a los instrumentos diligenciados de manera inadecuada.

Para la recolección de datos se utilizó el Caring Efficacy Scale (CES) en su versión en español validada por Poblete Troncoso¹⁷, y utilizado en estudios previos en Argentina¹². Este instrumento, está construido bajo la Teoría del Cuidado Humano de J. Watson y está integrado por 30 ítems los cuales son respondidos utilizando una escala de 6 adjetivos que van desde Fuertemente de acuerdo (puntaje 6) hasta Fuertemente en desacuerdo (puntaje 1). De éstos, 15 ítems están redactados de forma negativa, lo cual amerita para su análisis que sean invertidos. El puntaje final del instrumento oscila entre 30 y 180 puntos, de modo que, a mayor puntaje, mejor autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente. Se realizó el cálculo de Alfa de Cronbach del instrumento, obteniendo un valor de 0,91 (buena fiabilidad).

Se complementó la recolección de datos con 10 preguntas que buscaban caracterizar sociodemográfica y laboralmente a los encuestados, indagando respecto a variables como edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, nivel formativo, rol en el trabajo y por fuera de él (asistencia, gestión educativa, gestión hospitalaria, docencia e investigación), antigüedad laboral, turno de trabajo y capacitación en cuidado humanizado (durante la formación profesional o en servicio).

Para la recolección de datos, se remitió el instrumento y el consentimiento informado volcados en un Formulario de Google a quienes manifestaron su interés en participar del estudio. Esto se realizó vía aplicaciones de mensajería instantánea y correo electrónico. Los datos recolectados se exportaron en una base de datos en Microsoft Excel y fueron analizados utilizando el programa Infostat.

Para el procesamiento de datos se procedió a realizar el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y media y desvío estándar para las variables numéricas. Para el análisis inferencial se implementaron pruebas no paramétricas, dado que las variables no presentaron un comportamiento normal. Se utilizaron las pruebas U-Mann-Whitney-Wilcoxon, Kruskal Wallis y Rho de Spearman. Se fijó un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Respecto a los recaudos éticos, se implementó el consentimiento informado y la recolección de datos fue resaltada como voluntaria y anónima. De acuerdo con la legislación argentina, el presente estudio se categoriza como "sin riesgo" dado su carácter observacional, anónimo y puesto que no se recopilaron datos sensibles. Se respetaron las normas internacionales de Helsinki y los principios de la ética de la investigación de no maleficencia, autonomía y respeto por la dignidad humana¹⁸.

Resultados

Se encuestó a 96 profesionales de enfermería, de los cuales uno fue excluido por diligenciamiento incompleto del instrumento de recolección de datos. Los 95 encuestados restantes tenían una media de edad de 38,29 años (DE:8,00), y eran mayormente mujeres (82,11%), de estado civil soltero(a) (57,89%), con hijos (62,11%), con formación de tecnicatura en Enfermería (73,68%), desempeñan actividades asistenciales tanto intra (86,32%) como extra-institucionalmente (61,05%), con más de 5 años de experiencia laboral (64,21%), del turno noche (37,89%), y han recibido capacitación en humanización del cuidado a nivel institucional (71,58%) y durante su formación (90,53%) (Tabla I).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra.

Variable	Categoría	n	%
Edad	media (DE)	38,29	(8,00)
Sexo	Hombre	17	17,89
	Mujer	78	82,11
Indique su estado civil	Soltero(a)	55	57,89
	Casado(a)	24	25,26
	Unión Libre	16	16,84
¿Tiene hijos?	Si	59	62,11
	No	36	37,89
¿Cuál es el su nivel máximo de estudios?	Pasante de enfermería	5	5,26
	Técnico(a) en Enfermería	70	73,68
	Licenciado(a) en Enfermería	17	17,89
	Licenciado(a) con posgrado	3	3,16
Rol en la institución	Asistencial	82	86,32
	Gestión hospitalaria	13	13,68
Actividades intra y extra-institucionales	Gestión de servicio	14	14,74
	Asistencia	58	61,05
	Docencia	6	6,32
	Gestión de institución educativa	5	5,26
	Investigación	7	7,37
	Estudiante	5	5,26
	¿Cuánto tiempo tiene de experiencia laboral?	Menos de 1 año	8
1 a 2 años		6	6,32
3 a 5 años		20	21,05
5 o más años		61	64,21
¿En qué turno desarrolla sus actividades?	Mañana	20	21,05
	Tarde	21	22,11
	Noche	36	37,89
¿Ha recibido capacitación o información sobre humanización del cuidado?	Fines de semana	18	18,95
	Si	68	71,58
¿Durante su formación obtuvo información sobre cuidado humanizado?	No	27	28,42
	Si	86	90,53
	No	9	9,47

Fuente: Elaboración propia.

Al indagar sobre la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes, se encontró que el ítem con mejor valoración fue “Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona” con una media de 5,07 (DE:1,52) categorizado como “Moderadamente de acuerdo”. Por otro lado, el ítem con peor valoración fue “A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito” con una media de 2,44 (DE:1,56) categorizado como “Moderadamente en desacuerdo” (Tabla II).

Tabla 2. Autoeficacia percibida por los profesionales de enfermería.

Ítem	FA	MA	LA	LD	MD	FD
Si no me estoy relacionando bien con un paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	51,58	26,32	5,26	2,11	8,42	6,32
Me siento cómodo(a) al “tocar” a mis pacientes cuando proporciono cuidado	49,47	25,26	10,53	1,05	7,37	6,32
Transmito un sentido de fortaleza personal a mis pacientes	47,37	34,74	7,37	1,05	6,32	3,16
Mis pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueado(a)	43,16	29,47	10,53	6,32	6,32	4,21
Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	31,58	33,68	21,05	2,11	6,32	5,26
Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un paciente, al mismo tiempo que lo escucho	37,89	40,00	10,53	1,05	7,37	3,16
Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los pacientes	44,21	30,53	11,58	1,05	8,42	4,21
Soy capaz de sintonizar con un paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales	45,26	27,37	10,53	5,26	6,32	5,26
Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes	51,58	24,21	13,68	1,05	7,37	2,11
Uso lo que aprendo de mis conversaciones con pacientes para suministrar un cuidado más individualizado	45,26	28,42	7,37	6,32	8,42	4,21
Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis pacientes	35,79	26,32	13,68	4,21	11,58	8,42
Usualmente logro agradecerles a mis pacientes	40,00	34,74	8,42	2,11	9,47	5,26
Si pienso que un paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona	63,16	14,74	5,26	4,21	8,42	4,21
He ayudado a muchos pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas	32,63	29,47	10,53	11,58	10,53	5,26
Cuando un paciente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel	42,11	25,26	6,32	6,32	10,53	9,47
No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis pacientes	2,11	3,16	4,21	3,16	14,74	72,63
Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el paciente como persona	11,58	10,53	9,47	0,00	13,68	54,74
Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes cuyos orígenes son diferentes al mío	6,32	5,26	5,26	7,37	10,53	65,26
No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis pacientes	2,11	5,26	7,37	4,21	14,74	66,32
Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes	4,21	5,26	3,16	3,16	11,58	72,63
Creo tener problemas para relacionarme con mis pacientes	4,21	3,16	1,05	4,21	16,84	70,53
A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los clientes cuando lo necesito	2,11	14,74	11,58	7,37	25,26	38,95
Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes, habitualmente lo hago peor	3,16	1,05	2,11	6,32	17,89	69,47
Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente, dejo de trabajar con esa persona	2,11	6,32	6,32	7,37	20,00	57,89
A menudo encuentro difícil relacionarme con pacientes de culturas diferentes a la mía	2,11	6,32	2,11	5,26	12,63	71,58
A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes	2,11	4,21	4,21	4,21	14,74	70,53

A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes están viviendo	1,05	6,32	7,37	2,11	28,42	54,74
Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes difíciles	4,21	8,42	2,11	5,26	18,95	61,05
No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis pacientes	3,16	8,42	5,26	10,53	18,95	53,68
Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes las cosas pueden perder el control	6,32	8,42	4,21	11,58	22,11	47,37

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

Al realizar el análisis inferencial, no se halló relación entre las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, nivel formativo, experiencia laboral, turno de trabajo y formación previa en humanización del cuidado.

Se identificaron medias más altas en los profesionales que cumplían roles gestión en comparación con aquellos que desempeñaban actividades asistenciales (163,08 vs. 145,98, $p:0,018$) (Tabla III). Este hallazgo se corrobora al comparar las medias del instrumento en los profesionales que realizan actividades de asistencia directa y los que no (144,33 vs. 154,11, $p:0,049$).

Tabla 3. Comparación de las medias del instrumento CES vs. variables

Variable	Categoría	media (DE)	p-Value
Edad		r: -0,13	0,217
Sexo	Hombre	149,88 (23,92)	0,740
	Mujer	147,76 (23,86)	
Indique su estado civil	Soltero(a)	149,44 (22,75)	0,636
	Casado(a)	147,71 (24,79)	
¿Tiene hijos?	Sí	146,27 (26,88)	0,281
	No	151,19 (17,41)	
¿Cuál es el su nivel máximo de estudios?	Pasante de enfermería	141,60 (30,71)	0,567
	Técnico(a) en Enfermería	147,43 (24,01)	
	Licenciado(a) en Enfermería	150,00 (22,09)	
	Licenciado(a) con posgrado	165,00 (16,46)	
Rol en la institución	Asistencial	145,98 (23,11)	0,018*
	Gestión hospitalaria	163,08 (26,95)	
	Menos de 1 año	157,88 (21,61)	
¿Cuánto tiempo tiene de experiencia laboral?	1 a 2 años	138,50 (30,77)	0,262
	3 a 5 años	153,85 (14,39)	
	5 o más años	145,93 (25,45)	
	Mañana	151,50 (26,23)	
¿En qué turno desarrolla sus actividades?	Tarde	146,81 (25,30)	0,636
	Noche	144,89 (23,69)	
	Fines de semana	152,44 (19,64)	
¿Ha recibido capacitación o información sobre humanización del cuidado?	Sí	150,78 (21,95)	0,085
	No	141,48 (27,11)	
¿Durante su formación obtuvo información sobre cuidado humanizado?	Sí	147,44 (24,35)	0,381
	No	154,78 (16,75)	

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El Cuidado Humanizado representa una filosofía en la atención basada en la experiencia del paciente y visualizándolo en la integralidad de su ser, más allá de la(s) patología(s) o padecimiento(s) que tenga. Al reconocer la integralidad del ser, el profesional de enfermería puede contribuir a la recuperación de la salud y a garantizar la satisfacción del paciente y sus necesidades^{11,19}.

En el presente estudio se identificaron niveles positivos de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes, sobre todo en aquellos profesionales con roles vinculados a la gestión. Los hallazgos mencionados son similares a otros estudios que incluyeron estudiantes, técnicos y licenciados en enfermería^{5,11,12}.

Como fue referido, se halló una percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados más baja en los profesionales que desempeñaban exclusivamente roles asistenciales. Ello, coincide con diversos estudios en los cuales se ha referido que la alta carga de trabajo, las actividades asistenciales y condiciones como la percepción de realización personal baja propias del rol de asistencia, se vinculan con mayores índices de despersonalización y con el desarrollo del Síndrome de Burnout^{20,21}.

Aunque no fue estadísticamente significativo, se hallaron medias superiores de autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados en los trabajadores que habían sido capacitados sobre humanización en el espacio de trabajo. Como fue mencionado por Bandura⁴, la capacitación permite al profesional tener mayor confianza en sus acciones al permitirle contar con las capacidades necesarias para el logro de sus objetivos de cuidado, traduciéndose en un mayor nivel de implementación de acciones de CH.

El nivel de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue mayormente positivo, lo cual contrasta con estudios como el de Guerrero-Ramírez et al.²², quienes hallaron en profesionales de enfermería de Perú que las actividades de humanización provistas fueron categorizadas como regulares en un 52%, mientras, coincide con los hallazgos de Canova-Barrios et al.¹², quienes en una muestra de 75 enfermeros académicos y asistenciales encontraron niveles moderadamente positivos en la percepción de autoeficacia.

Diversos estudios han referido que la autoeficacia para brindar cuidados humanizados parece ser un factor protector para el desarrollo del Síndrome de Burnout^{23,24-26}, vinculado con el hecho de que uno de los tres componentes de este síndrome es la deshumanización. Por ello, el contar con un concepto positivo de las propias habilidades, resulta indispensable. Mientras, desde la perspectiva del paciente en rehabilitación ayuda a disminuir la ansiedad, la depresión y acelerar el proceso de recuperación^{10,11,27,28}.

Del estudio se puede concluir que se hallaron niveles moderadamente positivos (altos) de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente en los profesionales de enfermería. La autoeficacia se relacionó negativamente con la realización de actividades exclusivamente asistenciales. Se requiere del diseño e implementación de estrategias cuyo fin sea capacitar y promover la dispensación del cuidado humanizado en los profesionales de enfermería, haciendo hincapié en aquellos de reciente ingreso y en quienes realizan exclusivamente roles asistenciales^{29,30}.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montevideo)*. 2020;9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Manzur K. COVID-19: Attitudes towards death and beliefs about the terminal patient in intensive care and medical clinic nursing professionals. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*. 2023;2:398. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023398>
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. Patient*. 2019;12:461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman. 1977.
- 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.14129>
- Beltrán-Salazar Ó. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm*. 2015;24(1-2):49-53. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- Cucolo D, de Campos Oliveira JL, Salvador Rossit RA, Mininel VA, Galan Perroca M, Alcántara Marcelino da Silva J. Effects of interprofessional practice on nursing workload in hospitals: A systematic review. 2024;93(3):824-843. <https://doi.org/10.1002/hpm.3779>
- Lepez CO, Eiguchi K. Managerial vision of the professional competencies of nursing graduates and their relationship with job placement. *Data and Metadata*. 2022;1:28. <https://doi.org/10.56294/dm202266>
- Rios NB, Mosca AM. Influencia de factores personales, profesionales y motivacionales en la participación de enfermeros en educación continua. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;2:93. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202293>
- Catona Tiban PA, Guarete Coronado YC. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023;3:260. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023260>
- Ganán K, Chasillacta F. La comunicación en el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023;3:505. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023505>
- Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda Juarez ML, Barraud MI. 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>
- Muñoz Zambrano CL, Chávez Tureugna CG, Véliz Pavéz VM, Villarroel Vargas CM. El cuidado humanizado en los futuros enfermeros del sur de

- Chile. *Horiz Enferm*. 2020;31(2):164-191. http://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.2.164-191
14. Zeng Z, Guan Y. Influence of humanized care on self-efficacy, sleep and quality of life of patients in cardiovascular surgery intensive care unit. *Am J Transl Res*. 2021;13(5):4884-4891. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8205680/>
15. Cernas-Ortiz DA, Mercado-Salgado P, Davis M. Perspectiva Futura de Tiempo, Satisfacción Laboral y Compromiso Organizacional: el Efecto Mediador de la Autoeficacia, la Esperanza y la Vitalidad. *Rev Psicol Trab Organ*. 2018;34(1):1-9. <https://dx.doi.org/10.5093/jwop2018a1>
16. Ventura Egoávil J, Sosa Huichi A. Autoeficacia, autoestima y compromiso en profesionales de enfermería durante la pandemia covid-19 en el Perú. *Enf Global*. 2023;22(70):1-22. <https://doi.org/10.6018/eglobal.528511>
17. 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. <http://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1>
18. Álvarez Miño L. Ética en la investigación en salud: un aspecto de calidad humana y profesional. *Duazary*. 2022;9(1):5-6. <https://doi.org/10.21676/2389783X.230>
19. Nicolalde Rodríguez DM, Caicho Caicedo O, Ramírez García E. Percepción del paciente del cuidado humanizado en la sala de terapia intensiva. Revisión sistemática. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;2(S1):198. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022198>
20. 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 Glob*. 2020;19(58):640-672. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>
21. Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández RI, Vargas MR, Favela Ocaño MA. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enferm Glob*. 2020;19(59):479-492. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
22. 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/reneh.v9i2.3017>
23. 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/10.1177/089801012110656007>
24. Molero Jurado MD, Pérez-Fuentes MD, Oropesa Ruiz NF, Simón Márquez MD, Gázquez Linares JJ. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina*. 2019;55(6):237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
25. Torres A, Pérez-Galavís A, Ron M, Mendoza N. Occupational Psychosocial Factors and Stress in the Medical Assistance Personnel. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria*. 2023;3:42. <https://doi.org/10.56294/ri202342>
26. Linares Cánovas LP, Linares Cánovas LB, Pereda Rodríguez Y, Gallardo Hernández B, Pérez Martín MM, Linares Montano A. Evaluation of Burnout Syndrome and associated factors in primary care health personnel. *Community and Interculturality in Dialogue*. 2023;3:73. <https://doi.org/10.56294/cid202373>
27. Liu L, Xiao YH, Zhou XH. Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery. *World J Clin Cases*. 2023;11(28):6763-6773. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i28.6763>
28. Espinosa Aguilar A, Oria Saavedra M, Rojas Ruíz GC, Lepez CO, Simeoni IA, Caballero R, Duré Benítez ZE, Fleitas Sánchez LD. Nursing care and its humanization from the ethical and an esthetic. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*. 2023;2:466. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023466>
29. Santos CA, Ortigoza A, Canova Barrios CJ. Nursing students' perceptions of Clinical Clerkship. *Seminars in Medical Writing and Education*. 2023;2:30. <https://doi.org/10.56294/mw202330>
30. Barrera Florentin GN. The human dimension in nursing. An approach according to Watson's Theory. *Community and Interculturality in Dialogue*. 2023;3:68. <https://doi.org/10.56294/cid202368>