



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del COVID  
19 en Enfermeras del hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021**

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

**AUTORA:**

Br. Quispe Vera, Sonia Roxana ([orcid.org/0000-0002-2836-3554](https://orcid.org/0000-0002-2836-3554))

**ASESORA:**

Mg. Mancilla Félix, Aquilina ([orcid.org/ 0000-0001-1852-8895](https://orcid.org/0000-0001-1852-8895))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Política y Gestión en Salud

Lima -Perú

2021

## **Dedicatoria**

A Dios por darnos esta vocación y guiarnos para cumplir los sueños, a mi esposo y mis hijos por su apoyo incondicional y a mis docentes que siempre me apoyaron en mi formación profesional.

## **Agradecimiento**

A la Universidad César Vallejo por acogernos en sus aulas en todo el proceso de formación profesional con una adecuada infraestructura y a la vanguardia de la tecnología, además de una excelente plana docente que ayudaron a la construcción de nuevos conocimientos en toda la carrera profesional.

A nuestra asesora, Mg. Aquilina Marcilla Félix por su esfuerzo, dedicación, por el conocimiento brindado y motivación constante, las cuales han sido fundamentales para el desarrollo del presente estudio de investigación.

## Índice de contenidos

Dedicatoria .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Agradecimiento .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEORICO .....</b>	<b>6</b>
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Tipo y diseño de investigación .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2. Variables y operacionalización .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3. Población, muestra y muestreo .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>17</b>
<b>3.5. Procedimientos .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6. Métodos de análisis de datos .....</b>	<b>19</b>
<b>3.7. Aspectos éticos .....</b>	<b>19</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>V. DISCUSION .....</b>	<b>25</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021. ....	21
<b>Tabla 2</b> <i>Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras(os)</i> .....	22
<b>Tabla 3</b> <i>Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión de experiencias varias que otorgan las enfermeras(os)</i> .....	23
<b>Tabla 4</b> <i>Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión actividades fisiológicas que otorgan las enfermeras(os)</i> .....	24
<b>Tabla 5</b> <i>Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión persuasión verbal que otorgan las enfermeras(os)</i> .....	25

## Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar cómo se da la autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto del COVID 19 en las enfermeras y enfermeros del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021, la metodología usada fue de tipo básica, nivel descriptivo con un enfoque cuantitativo, una población de 168 enfermeras (os) el tamaño de la muestra fue de 80 enfermeras y estuvo determinada aplicando la fórmula con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 8%, haciendo uso de la escala de eficacia del cuidado de Lickert. Los resultados muestran que la Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19, en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021 se viene dando de forma regular en un 46.25%, además un grupo de enfermeras perciben un nivel bueno en un 36.26% y un grupo menor correspondiente al 17.5% se encuentran en el nivel malo.

Palabras Clave: Autoeficacia, cuidado humanizado, dimensiones

## Abstract

The objective of the research was to determine how the self-efficacy of humanized care occurs in the context of COVID 19 in the nurses of the Hipolito Unanue hospital in Tacna 2021, the methodology used was of a basic type, descriptive level with a quantitative approach, a population of 168 nurses, the sample size was 80 nurses and it was determined by applying the formula with a 95% confidence level and a margin of error of 8%, using the Likert scale of care effectiveness. The results obtained in the research determined that the self-efficacy of humanized care in the context of COVID 19 in nurses has been occurring regularly in 46.25%, a good level was achieved up to 50% in the dimension of direct experiences, thus As in the dimensions of various experiences and physiological activation, the self-efficacy of humanized care was finally determined according to the dimension of verbal persuasion at a good level in 32%. Therefore, it is recommended to continue strengthening humanized care in the work of the nurse.

Key Words: Self-efficacy, humanized care, dimensions

## I. INTRODUCCIÓN

La población mundial sufre una epidemia provocada por la infección del virus SARS-CoV-2, causante del COVID-19. En España, desde que se activó el estado de alarma, la epidemia se ha desarrollado a una tasa del 6,79% y una tasa de mortalidad del 9,07% del total de infectados. El consejo del Ministerio de Sanidad para los profesionales sanitarios en contacto con personas infectadas o sospechosas especifica la implantación de equipos de protección personal (mascarillas FFP2, guantes, ropa de protección), agua, gorros y gafas o pantallas protectoras. Con todos estos materiales se va a diluir el contacto directo, y hay que pensar en el cuidado humano de las personas contagiadas de COVID-19, en un caso. La declaración es una evolución del pensamiento de enfermería para cerrar esta brecha y mantenerla lo más humana y accesible posible (2).

Ante los problemas de salud provocados por el COVID 19, los profesionales de la salud mental que trabajan en primera línea se enfrentan a diferentes penurias físicas y emocionales y se ven afectados por un mismo entorno riguroso. Tomando como ejemplo el contagio y muerte de varios profesionales médicos a causa del COVID 19, muchos profesionales médicos que se encuentran inmersos en diferentes áreas del sector salud se ven directamente afectados por las circunstancias del entorno, desestabilizando el trabajo profesional. (23).

Tal como lo define Boykin, el profesional de enfermería está en el centro de todos los aspectos de la teoría de enfermería: es decir, todo el conocimiento de enfermería es una experiencia de vida compartida. La situación es vista como una experiencia vivida y compartida, y el cuidado entre la enfermera y sus pacientes los fortalece como seres humanos. En este sentido, el Reglamento de la Ley del Trabajo del Enfermero Peruano Decreto N° 004-2002-S.A prevé la normalización de la atención. En el Capítulo 1, Artículo 3, sobre el papel del enfermero, dijo: el enfermero, como experto en ciencias de la salud, interviene en la prestación de servicios médicos integrales de forma científica, técnica, sistemática y humanística; en el proceso de acogimiento, prevención de enfermedades, rehabilitación y rehabilitación de la salud, Cuida de ti, de tu familia y de tu comunidad.



Pese a esto, la incertidumbre en los profesionales de enfermería produce un declive en torno al desempeño de sus labores, produciendo la inconformidad y desolación, resultado de cuadros de ansiedad y estrés frente a la problemática latente. Por ende, el profesional de enfermería debe buscar apoyo en las herramientas psicológicas internas para solventar las dificultades que refrenan su accionar profesional. Precisamente, la autoeficacia que perciben los profesionales de enfermería permite hacer un contrapeso a las dificultades y percepciones sesgadas de un mal accionar profesional. Esto se ve reflejado en la consideración y las muestras de apoyo emocional que reciben de parte de sus pacientes y que permiten reforzar el sentimiento de autorrealización profesional. Si bien la autoeficacia parte desde la propia percepción del profesional de enfermería, son las muestras de gratitud los indicadores de un trabajo efectivo, que contrastar y solventar las dificultades en el trabajo y mantener la estabilidad emocional (21).

Es así que los profesionales de enfermería son conscientes de la responsabilidad y compromiso de brindar un cuidado con una visión holística y humana. El cuidado humano es para enfermería, su razón ético-moral, el cuidar es un proceso intersubjetivo, interconectado de reciprocidad cálida única y auténtica entre la enfermera el usuario y/o paciente. Es la enfermera (o) que debe de establecer una escucha activa y comunicación efectiva terapéutica con el paciente y la familia. Las enfermeras están llamadas a ayudar a los pacientes a aumentar su armonía mental, física y espiritual, ayudándoles a encontrar sentido a la enfermedad, al dolor, al sufrimiento y a la supervivencia; ayudando a otros a lograr la autodirección, teniendo en cuenta la promoción de procesos de autocomprensión y participación compartida en la transacción de cuidado humano (3). Cuando una enfermera brinda atención, se guía por su filosofía de enfermería. Reconocer que la enfermería es el núcleo y el fundamento de la enfermería significa que cualquier enfermera que trabaje en enfermería ha creado y experimentado situaciones de enfermería desde entonces, sin importar cuán explícito o implícito exista el trabajo de enfermería. Las características de enfermería, como la presencia genuina, la capacidad de respetar y confiar en los demás, y las enfermeras para brindar experiencia, se desarrollan con un

propósito. Cuidar y desarrollar un compromiso de reconocimiento y crecimiento (30).

En una revisión de contenido encontramos a Martínez (30) en su obra, su visión sobre la efectividad de las enfermeras en la atención personalizada a los pacientes de cuidados intensivos en el año 2015. En este estudio cualitativo, el objetivo fue describir el autoconocimiento. - La eficacia de las enfermeras en la prestación de atención personalizada a los pacientes hospitalizados. Los resultados mostraron que la autoeficacia de brindar un cuidado humanizado fue entre moderada y leve, y la percepción del cuidado humanizado por parte de las enfermeras especialistas fue mayor que la de los graduados.

Otro antecedente importante es el de Quisocala (42) con su investigación “Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en el servicio de emergencia y el cuidado humanizado de enfermería. Hospital III Goyeneche – Arequipa 2020” el cual tuvo como resultado una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción de los pacientes y el cuidado humanizado. Como datos adicionales el 59,5% de los pacientes se encuentran poco satisfechos con la atención recibida por las enfermeras del servicio de emergencia y el 61,9% perciben que las enfermeras brindan un cuidado humanizado medianamente favorables.

Por otro lado, Bringas (10), quien tituló su estudio Cancer Inpatient Perceptions of Nurses' Quality of Humanized Care in Two IPRESSs in Trujillo 2020, dio los resultados, y los resultados generales fueron que los pacientes en ambas IPRESS sintieron que The humane La atención es buena, excelente y justa.

En tiempos de COVID-19 la participación de la enfermera en el mencionado Hospital se torna muy difícil por la pandemia enfermedad desconocida, sin tratamiento, sin logística adecuada en tiempos con mortalidad hasta de 20 paciente por día contando con 4 camas UCI en todo el hospital al inicio y con el transcurso de los meses aumenta en la actualidad a 21 camas UCI. En el transcurso de la pandemia era difícil atender a tantos pacientes que se presentaban en este crítico, no contando con camas UCI, sin logística adecuada; EPPS mínimo en cantidad y en calidad con la desesperación y la falta de cuidado por parte de la comunidad en general, sabiendo de la importancia de las normas de bioseguridad la comunidad no apoya cuidándose y la Enfermera ve momentos

de tensión de incapacidad de cumplir con un trabajo humanizado sin poder cumplir con las 4 esferas del comportamiento humano (aspecto biológico, social, psicológico y social).

Por lo expuesto anteriormente, creemos en el compromiso personal y profesional de la enfermera(o) es que nos preguntamos cómo problema general ¿Cómo se viene dando la Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19 en Enfermeras del hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021? También consideramos los siguientes problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras(os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021?;

¿Cuál es el nivel de autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión según la dimensión de experiencias varias que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021?;

¿Cuál es el nivel de la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de activación fisiológica que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021?

Y finalmente ¿Cómo es la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de persuasión verbal que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021?

La investigación tiene como justificación práctica al aportar a través del trabajo que el cuidado humanizado repercutirá en investigar cómo se da el cuidado humanizado de las enfermeras en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La justificación metodológica contribuirá en ser un aporte a la investigación descriptiva con datos descritos a partir de los hechos y las dimensiones que se presentan en el cuidado humanizado y a partir de ello se puede mejorar el trabajo humanizado. En la justificación teórica aportará con la revisión de la Teoría de Jean Watson como modelo en el cuidado humanizado en los pacientes que asisten al hospital Hipólito Unanue.

Seguidamente como objetivo general: Determinar cómo se da la Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del COVID 19, en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021, y como objetivos

específicos:

1.Determinar la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras(os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021.

2.Identificar la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de experiencias varias que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021.

3.Identificar la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de activación fisiológica que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021.

4. Determinar la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de persuasión verbal que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021.

## II. MARCO TEORICO

A continuación, se presentan algunos estudios nacionales, así como internacionales relacionados al tema de investigación.

En la búsqueda de estudios previos, revisamos el estudio de Lliquin, A. (2017). (30) en Lima, Perú, allí investigó la relación entre el cuidado humano en enfermería y la satisfacción de las madres que asisten a los consultorios del C.M.I.R-Rímac CRED. El objetivo fue determinar la relación entre el cuidado humano en enfermería y la satisfacción de las madres que visitan las oficinas del CRED Rímac de forma cuantitativa, a nivel aplicable, descriptiva, de vanguardia. horizontal. De los resultados, el 29% fueron buenos, el 53% fueron normales y el 18% fueron malos. CONCLUSIONES: El cuidado humanizado se asoció significativamente con la satisfacción de las madres con sus visitas a la clínica del CRED, es decir, según los resultados obtenidos, siempre fueron de la mano, con satisfacción promedio versus nivel clonal promedio de interés.

También en Guerrero, R., Meneses, M. y Cruz, M. (2016) en Callao, Perú, titulado Jean Watson's Theory of Clone Care (26), Servicios Médicos del Hospital Daniel Alcide Carrión. Lima Callao, de donde encontramos que el 50% de la atención de las enfermeras era regular y el 26% alta. Se concluyó que humanizar el cuidado de manera regular requiere de estrategias, planes de mejora y capacitación permanente para incentivar a los cuidadores a tratar bien a los pacientes de esta manera acorde a los valores humanos.

Por su parte, Pineda, M. (2021) (40) realizó un estudio titulado "Conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia la autoeficacia en la humanización del cuidado del paciente" en Lima, Perú. En la tercera unidad de rehabilitación hospitalaria, Daniel Alcides Carrión Es Tacna Salud 2019", el objetivo fue determinar la relación entre los conocimientos y actitudes de las enfermeras frente a la efectividad del autocuidado del paciente. Además, el estudio contó con características cuantitativas, correlativas y descriptivas. En la investigación, la muestra fue de 18 enfermeras, resultando que hubo una relación significativa entre estas dos variables, o sea, las enfermeras presentaron alto conocimiento y actitud positiva hacia el cuidado rutinario de la clonación, representando el

72,2%.

Casimiro, Z (2017) (15), Perú, Huánuco realizó el trabajo titulado “Calidad del Cuidado Humanizado Brindado por Profesionales de Enfermería Internado en Hospitales Públicos de Huánuco-2016” para determinar el nivel de calidad del cuidado humanizado. Atención brindada por personal de enfermería especializado. Para ello se utilizaron enfoques observacionales, prospectivos, transversales y analíticos, y se desarrolló un diseño comparativo. La muestra incluyó a 72 trabajadores de enfermería, quienes consideraron que el nivel de atención humana brindada por el personal de enfermería fue bueno.

Cabana I, Delgado J. (2017), (11) Perú, Arequipa, realizaron su estudio titulado “Estrés del Trabajo y Autoeficacia Percibida en Enfermería. Atención Humanizada de Enfermería, Servicios de Emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016”, tuvieron como objetivo muestran la relación entre los estrés laborales y la autoeficacia percibida en el cuidado de la clonación de enfermeros, utilizando un enfoque transversal descriptivo y cuantitativo y un diseño relacionado, arrojando 44 enfermeros. Hubo una relación significativa entre los estrés laborales y el desempeño del autocuidado humanizado de los enfermeros.

Investigaciones internacionales como la de Ramos S, Ceballos P. (2018) (47), quienes realizaron su investigación titulada “Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile” con la finalidad de evidenciar la relación entre los factores psicosociales laborales y el cuidado humanizado de los enfermeros(as). Como metodología utilizaron un diseño no experimental, transversal, correlacional y cuantitativo. con una muestra de 240 enfermeros(as). Evidenciando como resultados que el cuidado humanizado se relaciona de manera significativa con la percepción de riesgos psicosociales en el desempeño laboral. Además, un 51,67% de los enfermeros(as) presentan una alta percepción de entrega de cuidado humanizado.

Por otro lado, tenemos a Joven, Z. (2017) (29) de Colombia, Bogotá, que realizó su investigación titulada “percepción del paciente crítico sobre los

comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” donde tuvo como objetivo describir la percepción del paciente crítico sobre el comportamiento de cuidado humanizado en enfermería, teniendo como muestra a 55 participantes, con una metodología de tipo descriptiva- cuantitativa. Y Como resultados se evidencio que existe un buen cuidado humanizado por parte del personal profesional de enfermería.

En la encuesta de Barahona, A (2017). De Ecuador (9), titulado "Percepciones de los pacientes de Cirugía y Medicina Interna sobre la atención humanizada en el Hospital San Luis de Otavalo". Resultados obtenidos: estudio descriptivo con abordaje cualitativo orientado a caracterizar los fenómenos que ocurren durante el cuidado del paciente y que son vistos como producto de las interacciones con los cuidadores. El 71,9% dijo que siempre recibió apoyo material; el 59,3% creía consistentemente que las cualidades de las enfermeras eran el liderazgo, el trabajo en equipo y la búsqueda de la excelencia en enfermería; el 53% percibía consistentemente el apoyo emocional en la categoría empatía; solo el 7,9% dijo que las enfermeras trabajan con empatía. Las percepciones del cuidado humanizado destacan las percepciones moderadamente favorables.

Xiong, H., Yi, S., & Lin (2020) de China (43) titularon su investigación “El estado psicológico y la autoeficacia de las enfermeras durante el covid”. El estudio utilizo una metodología descriptiva, transversal y correlacional. Como muestra, se aplico una encuesta a 223 enfermeras, teniendo como resultado una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión de 40,8% (IC 95%: 34,4% -47,2%) y 26,4% (IC 95%: 20,6% -42,2%) respectivamente. Como conclusión se determinó que la autoeficacia se correlaciona de manera negativa con la ansiedad ( $r = -0,161$ ,  $p < 0,05$ ).

En cuanto a la teoría de la autoeficacia, se define como la evaluación de un individuo de su capacidad para organizar y ejecutar sus acciones para lograr sus objetivos y el desempeño deseado. En este sentido, Bandura, A. lo define como la percepción de la autoeficacia, que es la creencia de un individuo en la capacidad de un individuo para organizar y realizar las acciones necesarias para crear los resultados deseados. Otro punto importante es que en la creencia de

que los individuos controlan su entorno, existen juicios de autopercepción, o autoeficacia (creencias sobre la autoeficacia. Corporal) (7).

Los orígenes de las creencias de autoeficacia se remontan a la teoría del aprendizaje social de Roth y la teoría de la cognición social de Bandura, argumentando que la autoeficacia es un juicio que hace un individuo sobre su capacidad para completar una tarea. Bandura afirma que los individuos cuentan con un sistema interno que les permite controlar sus actos, acciones y pensamientos, lo cual es parte esencial de la influencia para lograr las metas que posee cada individuo. Al respecto, Bandura ha afirmado en muchos de sus artículos que “la creencia en la autoeficacia es un factor determinante en el logro de las metas y tareas personales. Si las personas se creen impotentes para producir resultados, no se esforzarán por alcanzar sus metas”. (32, 33).

En general, la gestión personal y la capacidad de las personas con agentes creativos de su propio entorno, no solo permiten que cumplan con su entorno, sino que su desempeño y su desempeño hace posible convertirlos en ellos, y nadie proporciona un mecanismo de referencia. El comportamiento humano es considerado y evaluado. Como resultado, esta autoconciencia contribuye al éxito de su desempeño si se han manejado las habilidades de implementación con tareas específicas. (7) Refiriéndose a Bandura, es importante considerar el propio gobierno, ya que puede declarar que se hereda con éxito cuando logran el objetivo directamente relacionado con el resultado del objeto a predecir. Juicio personal efectivo y confianza en la implementación de la tarea propuesta para lograr un intento. Las personas posan para el éxito o el incumplimiento de la actuación y las fallas, proporcionar información y cambiar la confianza autoconsciente, y los juicios se reflejarán más adelante. Desde el punto de vista de la teoría de la banda, el significado del símbolo de la organización humana se forma como una relación tridimensional del entorno interactivo en el comportamiento, los elementos personales (conciencia, emociones, biología) y métodos dependientes mutuos que se realizará. Se forma una estructura de vikingo unificada (52).

En este sentido, las creencias sobre la autoeficacia pueden influir previsiblemente en acciones futuras. En este sentido, las creencias de



autoeficacia pueden predecir los comportamientos futuros de los sujetos mejor que los comportamientos anteriores. Pero para ser claros, en la teoría de la autoeficacia, una persona no puede hacer más de lo que es capaz de hacer, porque la posibilidad de creer que puede hacerlo actualmente no es suficiente, y se necesitan habilidades y conocimientos para adquirir la capacidad. habilidades correctas (37) .

Según Bandura, las creencias de autoeficacia están formadas por cuatro fuentes básicas que proporcionan la información necesaria para construir estas creencias.

#### 1) Experiencias directas

Las creencias en la autoeficacia surgen del éxito o el fracaso en la realización de tareas. El éxito tiende a fortalecer las creencias sobre la efectividad percibida de un individuo, mientras que el fracaso tiende a debilitar esas creencias. Sin embargo, pensar solo en el éxito puede ser frustrante cuando no se produce el resultado deseado. Por lo tanto, tener alguna dificultad en la tarea o meta a lograr es deseable porque ayuda al individuo a perseverar y "convertir el fracaso en éxito" utilizando la capacidad de control del individuo. Control Ambiental (36).

En la teoría de la cognición social de Bandura, la experiencia directa es la fuente fundamental de la autoeficacia.

#### 2) Experiencias vicarias o aprendizaje por observación

El aprendizaje por observación permite que un individuo evalúe su capacidad para realizar una tarea esperada mediante la observación. Bandura argumenta que al observar el desempeño de otros, los individuos se comparan y se encuentran actuando en la misma situación (41).

#### 3) Persuasión Verbal

Esta persuasión verbal parece potenciar la autoeficacia cuando las personas aceptan juicios basados en juicios o en personas cercanas sobre su probabilidad de éxito, alentando a las personas a alcanzar sus metas a través de nuevas estrategias o mostrando más voluntad y esfuerzo (38).

#### 4) Activación fisiológica

El estado emocional de una persona puede afectar los sentimientos de eficiencia.

Por lo tanto, la excitación fisiológica, que se manifiesta en forma de ansiedad, estrés, excitación y miedo, afecta el funcionamiento individual (44).

Usando una fuente confiable de validez percibida, Bandura dice: El grado en que los cambios en el desempeño percibido dependerán de los sesgos de las personas. Describa el nivel de ayuda externa que recibió y recibió en ese momento en función de sus habilidades, la dificultad percibida de la tarea, la cantidad de esfuerzo asignado, físico y emocional, y su desempeño (45).

En cuanto a las bases teóricas que se relacionan con la temática el cuidado de enfermería: El objeto epistémico de la profesión de enfermería, es el cuidado del ser humano, desde que nace, pasando por las diferentes etapas de vida hasta la muerte. Si bien es cierto que el acto de cuidar es inherente a la naturaleza humana; la enfermería, asume el cuidado del ser humano como la esencia, el núcleo de su profesión. (13). Las enfermeras (os) conciben el cuidar como un acto de vida, en el sentido de que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar, mantener la vida (35). Es un acto ético – moral del quien brinda el cuidado y de reciprocidad con quien recibe el cuidado; para asumir su necesidad en las diferentes etapas de la vida del ser humano. (4).

Para Waldow, (51) (49), el cuidado es como una forma ética y estética de vivir, que se inicia por el amor a la naturaleza y pasa por la apreciación de lo bello, consiste en el respeto a la dignidad humana, de la sensibilidad para con el sufrimiento y en la ayuda para superarlo, para afrontarlo y para aceptar lo inevitable.

Los significados más comunes del término cuidar, le dan tres sentidos: atención o interés; responsabilidad o cubrir necesidades y consideración o afecto.

Otra definición es la de Suzanne Kerouac (48) señala que el cuidado de enfermería, el ser humano adquiere mayor importancia que la enfermedad. Se trasciende las técnicas y procedimientos, los cuales constituyen sólo parte y media para lograr la atención integral. Desde el sentido ontológico, el cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, competir y participar con el otro, es describir la experiencia que permita del mismo tiempo el conocimiento propio; cuidar es

una función social y cultural, una ciencia social y cultural, una ciencia social y humana que demanda preparación, conocimientos y experiencia.

Según la teoría transpersonal del cuidado personal de Watson, el “cuidado” debe ser la base ética del cuidado, no es un procedimiento y una acción, el cuidado es un proceso asociativo, una emoción comunicada entre un profesional de enfermería y un paciente (50).

La teoría interpersonal del cuidado proporciona una dimensión espiritual al cuidado y un amplio atractivo para el amor conductual. Para ello, las conductas de cuidado deben extenderse para sanar la mente y el cuerpo.

Según Watson, J. (1988), su investigación contiene definiciones implícitas y explícitas de percepción del cuidado, evidencia para la percepción del cuidado y evidencia para la enseñanza a través de la tecnología que permite transformar el cuidado en cinco categorías ontológicas: como una característica de los seres humanos Cuidar, cuidar como exigencia moral o ideal, cuidar como un tipo de cuidado interpersonal, cuidar como conducta terapéutica de enfermería, cuidar como cuidado emocional (36).

De acuerdo con esta teoría, las percepciones y expresiones de los enfermeros sobre el cuidado de los demás deben ser evaluadas y validadas mediante la Escala de Evaluación de la Conciencia de Enfermería (ESSC) ideada por la Dra. Rosa Aparecida Pavan Bison (28).

Los 10 factores de cuidado se describen brevemente a continuación:

1) Formar un sistema de valores humanizado y desinteresado, hacer del cuidado un acto benévolo y justo, y dotar de sentido a la conducta del cuidado. Estos valores se aprenden temprano en la vida, pero los modelos a seguir son tan importantes en los jóvenes, razón por la cual los educadores de enfermería y el personal de enfermería desempeñan un papel de liderazgo en la formación de estos valores y de los jóvenes estudiantes de enfermería.

2) La base física de la creencia y la esperanza en la terapia se traduce en una presencia real que permite y apoya los sistemas de creencias profundamente arraigados que las personas tienen en la salud y la curación.

3) Desarrollar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, así como prácticas de espiritualidad y empatía hacia uno mismo. La psicología humanista y transicional (16) sostiene que la relación que se construye con el paciente es más importante que los enfoques tradicionales para lograr resultados de salud. La comunicación entre las enfermeras y las personas que reciben atención debe ser auténtica, de persona a persona.

4) Construir relaciones afectivas y de confianza. Para que los intereses sean intereses reales, la relación debe desarrollarse y mantenerse con confianza mutua. Las enfermeras deben ver al paciente como una persona que necesita ser comprendida, no como un objeto para ser cuidado, alguien que puede ser manipulado y tratado.

5) Promover y aceptar la expresión de emociones positivas y negativas. Esto se deriva del tercer punto: desarrollar sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. El autoconocimiento y la autoaceptación nos permiten compartir nuestros sentimientos con los demás. Los autores de la teoría reconocen que es una experiencia de riesgo tanto para las enfermeras como para los pacientes que las enfermeras deben estar preparadas para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente y tener la capacidad de establecer diferencias.

6) Uso sistemático de métodos científicos para resolver problemas y tomar decisiones. Es un enfoque creativo para la resolución de problemas y una forma de identificar las partes del proceso de enfermería que abarcan el arte y la práctica de la terapia de enfermería. La enfermería tiene un carácter científico sistemático y sistemático, y utiliza la resolución de problemas como herramienta para promover a los enfermeros a realizar una enfermería científica.

7) Promover la enseñanza y el aprendizaje transferibles. Reunir la enseñanza y el aprendizaje como una unidad hambrienta de significado es una experiencia

auténtica. Los profesionales de la salud a menudo son responsables de prepararse para educar e informar a los beneficiarios de los cuidados para que ayuden a los beneficiarios de los cuidados a adaptarse al alivio del estrés, y las enfermeras también deben aprender de los demás cómo aceptar. 8) Crear un entorno que apoye las conexiones físicas, socioculturales y espirituales, proporcione un entorno sanador en todos los niveles, aporte fuerza y energía al entorno inmaterial y realce la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El estado de salud debe evaluarse desde el principio, no a través de procedimientos establecidos en salas de hospital. Aspectos como una cama cómoda, una postura correcta y la realización de ejercicios son tan importantes como explicar el procedimiento al paciente y atender sus necesidades psicológicas (39).

9) Ayudar a satisfacer las necesidades humanas. Satisfacer las necesidades básicas, llevar el significado de cuidar, proporcionar la esencia del cuidado humano, potenciar la integridad del cuerpo, la mente y el espíritu, como una persona cuidada en todos los sentidos, combinada con un profundo crecimiento espiritual (34).

10) Abrazar el poder de la fenomenología existencial. Los misterios espirituales y existenciales de la vida y de la muerte deben ser resueltos y desenvueltos, cuidando de la propia alma y de la criatura cuidada (5).

Estos elementos del cuidado son evaluados en herramientas validadas y son cada vez más importantes en los sistemas de salud donde los usuarios exigen ser respetados y valorados como seres humanos. Por eso, en el marco del nuevo modelo de enfermería como facilitadora de enfermería, se deben enfatizar las cuestiones éticas asociadas a la enfermería. Al igual que en el resto de América Latina, diversos estudios demuestran la importancia del cuidado humano y ético del paciente. (31, 19, 18).

Por lo tanto, el personal de enfermería está ansioso por preservar los valores atemporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, y por desarrollar conocimientos para proteger el cuidado del paciente, la humanidad y la salud. .

todo el mundo. Como tal, la disciplina de enfermería aspira a preservar los valores atemporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, mientras desarrolla conocimientos para proteger el cuidado del paciente, la humanidad y la salud. todo el mundo. La autoeficacia es el conocimiento que tiene un individuo de su capacidad y confianza para lograr metas o manejar situaciones (6).

Enfermería: La ciencia social de brindar enfermería como un cuerpo integrador de conocimientos y habilidades necesarios para promover, tratar y restaurar la salud de las personas, las familias y las comunidades. Implica investigación, gestión y docencia (24).

Servicio: Una actividad económica que crea valor y brinda beneficios a los clientes en un momento y lugar específicos. Un servicio es un trámite o servicio que una empresa brinda a un cliente en particular. Hospital: De la palabra latina *hospitium*, que significa "el lugar donde vive la gente". Hospital es un adjetivo asociado a hospital. Hospitales y centros de tratamiento. (duodécimo). Salud: Estado de salud que refleja la capacidad de un individuo para realizar actividades compatibles con un estilo de vida normal. Atención nutricional: Fenómenos asociados a las actividades asistenciales y de apoyo (14).

Como se mencionó anteriormente, para Bandura, la autoeficacia, además de ser un predictor del comportamiento futuro, también influye en la persona que construye su comportamiento. La importancia de vincular las dos teorías para determinar la capacidad cognitiva de las enfermeras para demostrar un cuidado humano se basa en la teoría de Watson en las áreas de práctica y educación del cuidado. En ese sentido, el *Caring Efficacy Scale Tool* (20) fue desarrollado por Karoly Kosters para medir y evaluar los programas de educación en enfermería de la Universidad de Colorado, EE. UU., en 1992. El objetivo fue evaluar la percepción de los estudiantes de enfermería. Eficacia en el cuidado y establecimiento de relaciones con sus pacientes después de aplicar un enfoque basado en la teoría de la autoeficacia de Bandura y la teoría del desplazamiento del cuidado humano de Watson (7, 8, 1, 22); Se obtuvo el alfa de Cronbach 0.8.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

Tipo: El tipo de investigación es básica, ya que cuenta con el único objetivo de buscar el conocimiento relacionado con la autoeficacia del cuidado humanizado en las enfermeras. Ramírez, A. (46).

Nivel: Se utilizó un nivel descriptivo en la investigación, ya que la ejecución de la misma conllevó a la descripción de la realidad problemática a partir del comportamiento de las enfermeras en cuanto a la autoeficacia del cuidado humanizado. Gamboa, E (25).

Enfoque: El enfoque utilizado fue el cuantitativo, mediante herramientas de medición estadística que determinen la autoeficacia del cuidado humanizado. Hernández (27).

Diseño: El diseño no experimental hace referencia a la no manipulación de la variable en la muestra, de tal forma que los datos obtenidos sean lo más objetivo posibles. Hernández (27).

#### **3.2. Variables y operacionalización**

Variables: Autoeficacia del cuidado humanizado

Definición: Según la teoría del cuidado transpersonal de Watson, la "enfermería" de la enfermería es una justificación ética, no es un procedimiento y un comportamiento, la enfermería es el proceso de conectar y compartir emociones entre enfermeras y pacientes.

Definición operacional: son aquellas características que describen el comportamiento de las enfermeras en cuanto a la autoeficacia del cuidado humanizado. En ello se enfocan las características sociodemográficas, experiencias directas, experiencias varias, activación fisiológica y la persuasión verbal.

Mediante escala de eficacia del cuidado de Likert de cuidado humanizado en

el cual especifica sus matices comportamental observables. Autor: Carolie Coates Universidad de Colorado Estados Unidos, y Adaptado para Latinoamérica por Margaret Poblete M. Chile, debidamente validado por expertos y con una confiabilidad aceptable.

Dimensiones: Experiencias directas, experiencias varias, activación fisiológica, persuasión verbal.

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

La población para Hernández (27) “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. En este estudio se consideraron las 168 enfermeras(os) que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión se consideró a los participantes que acepten responder al instrumento virtual y como criterio de exclusión no se consideraron a los que respondieron el instrumento incompleto (17).

Para la muestra, se aplicó la fórmula de tamaño muestral para población finita, maximizando el tamaño con una incidencia en la variable de 50%, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 8%, siendo el tamaño muestral de 80 enfermeras (os) (Anexo tamaño muestral).

El tipo de muestreo que se empleó fue no probabilístico por conveniencia, aplicando el instrumento por medios virtuales, y por redes sociales a las enfermeras (os) que se contacten de acuerdo a la conveniencia del investigador.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

De acuerdo a Hernández (27) una vez que se ha seleccionado el diseño de investigación apropiado y la muestra de acuerdo a nuestro problema de estudio, se recogió los datos empleando la técnica de la encuesta, creado por medio virtual Google forms, dado la coyuntura que se atraviesa en esta



época.

El instrumento utilizado fue la escala de Likert-Caring Efficacy Scale cuyo autor: Carolie Coates Universidad de Colorado Estados Unidos, y Adaptado para Latinoamérica por Margaret Poblete M. Chile. El instrumento cuenta con 30 ítems dividido en 4 dimensiones: Experiencias directas (8 ítems); dimensión experiencias varias (10 ítems); dimensión actividades fisiológicas (6 ítems) y la dimensión persuasión verbal (6 ítems).

Validez: El instrumento, la escala de Likert-Caring efficacy scale con 30 ítems pasó por la validación de contenido de todos los ítems, siendo los expertos especialistas con grado de maestría y doctor, teniendo una validez de muy aceptable para ser administrado a la muestra solicitada.

Confiabilidad: El instrumento, la escala de Likert-Caring efficacy scale con 30 ítems fue analizado con el alfa de Cronbach a una muestra piloto de tamaño 20 observando una confiabilidad alta  $\alpha=0.860$ .

### **3.5. Procedimientos**

Para llevar a cabo el estudio, el director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021 solicitó una licencia virtual con un acuerdo de consentimiento informado, y pudo responder voluntariamente ambos cuestionarios mediante Google Forms.

Para ser claros, estas herramientas cumplieron con los criterios de tres evaluadores de enseñanza y educación superior, y su validez de contenido se aplicó a una muestra piloto de 20 enfermeras con características similares a la muestra de investigación, continuando utilizando el alfa de Cronbach dado como resultados de confiabilidad del dispositivo (1). Luego estadísticas descriptivas.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

Mediante el análisis de los datos obtenidos en la encuesta, se transfirió secuencialmente la información a Excel, y luego se realizó el análisis estadístico descriptivo mediante el programa estadístico SPSS. 26

Dado que el análisis está claramente descrito, se han elaborado cuadros y gráficos descriptivos correspondientes a las variables y dimensiones, que nos darán respuestas sobre la consecución de los distintos objetivos

### **3.7. Aspectos éticos**

**Principio Autonomía:** El principio de autonomía dictamina que los participantes de la investigación fueron libres de aceptar o declinar participar de la misma, en este caso las enfermeras que decidieron participar del estudio fueron informadas en cuanto a la investigación y aceptaron los términos y condiciones que conllevo a esto. Canese de Estigarribia, M. (2015) (53).

**Principio Justicia:** El principio de justicia se basa en la igualdad de condiciones que tendrán las enfermeras participantes de la investigación, las cuales se les aplicara una evaluación justa sin miramientos en aspectos culturales, étnicos, sociales o económicos. Canese de Estigarribia, M. (2015) (53).

**Principio Beneficencia:** En este principio se recalca el sentido de beneficiar a las enfermeras a través de los resultados obtenidos de la investigación y su aporte a la ciencia, promoviendo investigaciones con temáticas similares. Canese de Estigarribia, M. (2015) (53).

**Principio No maleficencia:** El principio de no maleficencia hace referencia a que no se busca dañar a las participantes de la investigación al publicar los resultados, por el contrario, se busca impulsar el conocimiento en torno a la autoeficacia del cuidado humanizado, por lo que se respetara la privacidad de la muestra. Canese de Estigarribia, M. (2015) (53).

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021.*

---

<b>Nivel</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Malo	14	17.5
Regular	37	46.25
Buena	29	36.25
Total	80	100

---

Nota: base de datos de encuesta aplicada

La tabla 1 nos muestra que el nivel de autoeficacia de cuidado humanizado en enfermeros del hospital Hipólito Unanue presenta un nivel regular en un 46.25% (37); en un nivel bueno 36.25 % (29) y en un nivel malo 17,5 % (14).

**Tabla 2**

*Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras(os).*

---

<b>Nivel</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Malo	20	25
Regular	32	40
Buena	28	35
	80	100

---

Nota: base de datos de encuesta aplicada

En la tabla 2 se observa que el 25% se muestra con un nivel de cuidado humanizado malo; así también el 40% se encuentra con un nivel de cuidado humanizado regular, y finalmente un 35% presenta un nivel de cuidado humanizado buena.

**Tabla 3**

*Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión de experiencias varias que otorgan las enfermeras(os).*

---

<b>Nivel</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Malo	15	18.8
Regular	40	50.0
Buena	25	31.3
	80	100

---

Nota: base de datos de encuesta aplicada

En la tabla 3 se observa que el 18.8% se muestra con un nivel de cuidado humanizado malo; así también el 50% se encuentra con un nivel de cuidado humanizado regular, y finalmente un 31.3% presenta un nivel de cuidado humanizado buena.

**Tabla 4**

*Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión actividades fisiológicas que otorgan las enfermeras(os).*

---

<b>Nivel</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Malo	13	16.3
Regular	43	53.8
Buena	24	30.0
	80	100

---

Nota: base de datos de encuesta aplicada

En la tabla 4 se observa que el 16.3% se muestra con un nivel de cuidado humanizado malo; así también el 53.8% se encuentra con un nivel de cuidado humanizado regular, y finalmente un 30% presenta un nivel de cuidado humanizado buena.

**Tabla 5**

*Autoeficacia del Cuidado Humanizado según la dimensión persuasión verbal que otorgan las enfermeras(os).*

---

<b>Nivel</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Malo	15	18.8
Regular	39	48.8
Buena	26	32.5
	80	100

---

Nota: base de datos de encuesta aplicada

En la tabla 5 se observa que el 18.8% se muestra con un nivel de cuidado humanizado malo; así también el 48.8% se encuentra con un nivel de cuidado humanizado regular, y finalmente un 32.5% presenta un nivel de cuidado humanizado buena.

## V. DISCUSION

A continuación, mostramos los hallazgos que forman parte de la polémica de resultados de la investigación, en donde se responde a los objetivos de investigación planteados en un inicio. La investigación tuvo lugar en el hospital Hipólito Unanue de Tacna con una muestra de 80 enfermeras de un total de 168 enfermeras que laboran en dicho hospital.

Con respecto al objetivo general, se planteó determinar cómo se da la autoeficacia del cuidado humanizado en el contexto del COVID 19, en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021, en donde se obtuvo como resultado que el nivel de autoeficacia de cuidado humanizado en enfermeros del hospital Hipólito Unanue presenta un nivel regular en un 46.25%. (37); en un nivel bueno 36:25 % (29) y en un nivel malo 17,5 %. El efecto de la investigación y sus repercusiones se evidenciará mediante las distintas investigaciones y teorías recopiladas en la investigación. En primera instancia, los resultados obtenidos se relacionan con la investigación de Xiong, H., Yi, S., & Lin (2020), ya que en dicha investigación se recopiló información suficiente para determinar que la autoeficacia se correlaciona de manera negativa con la depresión, en contraste con los resultados que se evidencia una relación positiva entre la autoeficacia y el autocuidado, demostrando que la autoeficacia cumple un rol importante en las enfermeras para desenvolverse profesionalmente en situaciones de vulnerabilidad emocional y mental.

Estos resultados se relacionan con una de las teorías sobre el cuidado humanizado de Watson que afirma que las enfermeras y enfermeros deben tener una atención activa y comunicarse terapéuticamente con los pacientes considerando a la familia como parte de esta comunicación así se logra que el paciente se sienta más comprometido e influye en su recuperación; la enfermera o enfermero debe tratar siempre de conocer que es la enfermedad, que es el dolor, como es ese sufrimiento en la existencia de los pacientes, de esta forma debe promover su autoconocimiento y coparticipar en los protocolos de los cuidados de los pacientes.



Tomando en cuenta los objetivos específicos y los hallazgos observados en la investigación, cuando se habló de la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras, 40 % tienen un nivel de autoeficacia regular, seguido de un 35% que percibió un nivel bueno de autoeficacia en el cuidado humanizado.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Martínez, que habló sobre la percepción de la autoeficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras en el área de cuidados intensivos y demostró que existe una percepción de autoeficacia para efectuar el cuidado humanizado, detallando niveles moderados y ligeros en las enfermeras especialistas. En este aspecto la percepción de las enfermeras está ligada firmemente a las experiencias directas que pueden poseer en el momento de utilizar el cuidado humanizado, por lo que, en un contexto de similitud, las experiencias directas beneficiaran a crear una percepción positiva que impulse a un cuidado humanizado al paciente.

Además, Lliquin, Guerrero, R., Meneses, M. y Cruz realizaron investigaciones similares respecto al cuidado humanizado en el área de enfermería de quién por ejemplo pudo determinar una relación favorable entre el cuidado humanizado y el nivel de satisfacción; encontrando que el 29% se encontraba en un nivel bueno, lo mismo que Guerrero, quién trató de trabajar el cuidado humanizado, pero según la teoría de Jean Watson; ese estudio encontró que las enfermeras ofrecen un cuidado a nivel regular en un 50%. Pero pudo detallar también que un 26% se consideraba con un cuidado manejado a nivel alto.

Por otra parte, cuando se trató de identificar la autoeficacia del cuidado humanizado en su dimensión experiencias varias, la mitad de las enfermeras y enfermeros mostraron un nivel regular en un 31% y solo un 19% malo.

Esto es similar a los resultados de Pineda, que explicó el conocimiento y las actitudes de los enfermeros hacia la autoeficacia en la enfermería humanizada; en este estudio correlacional, los conocimientos y las actitudes de los enfermeros hacia la autoeficacia se encontraron significativos.

También es bueno revisar el estudio Casimiro, que intentó evaluar a los profesionales de enfermería y determinar el nivel de atención de los clones.

Hablando de Bandura, se podría argumentar que el éxito esperado en el logro de los objetivos está directamente relacionado con las expectativas de resultados predichas por los sujetos, por lo que es importante considerar las creencias sobre la autoeficacia, como la evaluación de las propias habilidades o eficacia de un individuo. Confianza para llevar a cabo las tareas establecidas mientras se realiza el intento. Como resultado, las experiencias directas o diferentes potencian la autoeficacia y se convierten en facilitadoras de un cuidado más humano.

En cuanto a la dimensión activación fisiológica, se determinó un nivel bueno hasta en un 30% y un nivel regular hasta en un 54%.

Esto fue confirmado en un estudio de Cabana y Delgado, quienes se limitaron a estudiar los estresores laborales para comprender los sentimientos de autoeficacia en el cuidado humano y encontraron la relación muy importante entre los estresores laborales y la autoeficacia en el cuidado humanitario, lo confirma. lejos. Resultados descriptivos de la atención de la clonación. En una encuesta de Ramos, Ceballos, también sobre cuidado clon y riesgo psicosocial, identificó una relación significativa entre cuidado clon y percepción de riesgo psicosocial, con un impacto del 52%.

En este sentido, el estado emocional de un individuo puede afectar su desempeño. Por lo tanto, los desencadenantes fisiológicos en forma de ansiedad, estrés, emociones y miedo pueden afectar el funcionamiento de un individuo. Sin embargo, la autoeficacia de los enfermeros les permitirá reevaluar su capacidad para organizar y realizar sus actividades de acuerdo con las directrices que conducen al resultado deseado.

Finalmente, en la dimensión persuasión verbal al igual que otros autores mencionados también se encontraron niveles buenos hasta en un 33% y nivel regular con un 49%.

Esto asemejando los resultados de Guaranda M. quien en su investigación de autoeficacia percibida en el personal sanitario, encontró niveles altos de

autoeficacia en el personal sanitario y por otro lado, los investigadores Joven, Z. y Barahona, estudiaron la percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado; uno lo hizo en pacientes críticos y el otro en los servicios de cirugía y medicina, sus resultados fueron coincidentes encontrando un buen cuidado manejado por parte del personal de enfermería en ambos lugares de investigación. Aunque Barahona, determinó características de los fenómenos que ocurren en la atención del paciente; la mayoría de los mismos percibieron que las enfermeras siempre les ayudaban brindándoles un apoyo físico, otros grupos de pacientes percibió liderazgo y trabajo en equipo, frente al cuidado humanizado.

Esta persuasión verbal parece reforzar los sentimientos de autoeficacia a medida que las personas aceptan juicios basados en su propio juicio o juicios sobre su probabilidad de éxito, lo que promueve que las personas trabajen para alcanzar sus objetivos, ya sea a través de nuevas estrategias o más voluntariamente y esforzándose por usted.

Nuestros hallazgos sustentan y justifican los objetivos planteados; el instrumento aplicado también nos permite utilizarlo frente a otras situaciones y contextos; nuestros resultados se ajustan a las delimitaciones propuestas en nuestro problema de investigación, por otro lado, nuestros hallazgos pueden ser comparables con otras metodologías que podrían realizarse en otros tipos de estudios la relevancia teórico-conceptual como las distintas implicaciones avaladas por autores.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19, en enfermeras (os) del Hospital del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021 se viene dando de forma regular, teniendo un grupo de enfermeras que perciben un nivel bueno y un grupo menor correspondiente en nivel malo.
2. También en respuesta de nuestros objetivos específicos se determinó la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de experiencias directas que otorgan las enfermeras(os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021. Hallando que percibe un nivel regular seguido de un nivel bueno hasta el 50% y un menor porcentaje en el nivel malo.
3. Se identificó la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de experiencias varias que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021. Hallando que la mitad de la muestra evaluada, perciben un nivel regular, seguido del nivel bueno y un porcentaje en nivel malo.
4. Se logró identificar la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de activación fisiológica que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021. Siendo que la mayoría se encuentra en un nivel regular en un 53.8%.
5. Finalmente, se determinó la autoeficacia del cuidado humanizado según la dimensión de persuasión verbal que otorgan las enfermeras (os) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021. con resultados muy similares en el nivel medio un 48.8%.

## VII. RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados que se presentan en esta investigación se recomienda seguir fortaleciendo el cuidado humanizado en el quehacer de la enfermera respetando y mejorando la calidad de vida del paciente.

Se recomienda a los profesionales de enfermería tomar en cuenta los resultados de la investigación para crear herramientas que permitan mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes.

Se recomienda a los directivos del hospital, evaluar periódicamente la relación del cuidado humanizado de la enfermera con la satisfacción de los pacientes por la atención recibida.

Se recomienda a la comunidad científica investigar la variable de estudio, con otros diseños de investigación para seguir aportando a la ciencia.

## REFERENCIAS

1. Aiken, L. Clarke Nurses reports on hospital care in five countries Health all, 2001, 20,43-53.
2. Allende, R., Navarro, C. y Porcel, A. El cuidado humanizado en la muerte por covid 19: a propósito de un caso. Revista enfermería Clínica, 2001, 31, 562-567. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>.
3. Arias, M. La ética y humanización del cuidado de enfermería. Bogotá, Tribunal Nacional ético de enfermería, 2007.
4. Armijos, F., Bermúdez, A. & Mora, N. Gestión de administración de los Recursos Humanos. Revista Universidad y Sociedad, 2019, 11(4), 163-170. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202019000400163&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000400163&lng=es&tlng=es).
5. Balanza, N. el cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. *Revista Ciencia y Enfermería*, 1997, 3(1), 59-68
6. Balderas, M. Administración de los servicios de enfermería 7ma. Edición Mc.Graw Hill. México editores S.A, 2015.
7. Bandura A. Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs NJ: Prendice Hall, 1986
8. Bandura, A. Comments on the Crusade Against the causal efficacy og human thought. *Journal of Bahavior. Therapy anda Experimental Psychiatry*, 1995, 26(3), 179-190
9. Barahona, A. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado enfermero en los servicios de Cirugía y Medicina Interna del Hospital San Luis de Otavalo Ecuador, 2015. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6149>.
10. Bringas Gómez, V. Calidad de cuidado humanizado del enfermero percibido por el paciente hospitalizado de medicina oncológica en dos IPRESS de Trujillo, 2020. Universidad Cesar Vallejo; 2020.
11. Cabana Espinoza ID, Delgado Torres JV. Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), Servicio de

- Emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016. [Perú]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2017.
12. Canales F., Alvarado E., Pineda B. 2008 Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud, Limusa, 134-144, 2008.
  13. Cárdenas, L., Arana, B., Monrroy, A., y García, M. Cuidado Profesional de Enfermería. Federación Mexicana de Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C, 2018.
  14. Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M.I., Fernández-Cánovas, M.L., Celdrán-Gil, F., Vivo-Molina, M. del C. y Martínez-Roche, M.E. 2015. La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia. *Enfermería Global*. 14, 4 (oct. 2015), 266-275. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.4.198061>.
  15. Casimiro Torres ZE. CALIDAD DE CUIDADOS HUMANIZADOS QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO-2016. [Perú]: Universidad de Huanuco; 2017.
  16. Castanyer, O. y Ortega, E. Asertividad en el trabajo. Como decir lo que siento y defender lo que pienso. 1er. edición. Editorial Novagrafic, Barcelona, 2013.
  17. Catacora, L. Fundamentos para investigar y presentar una tesis. Tacna, Peru: Universidad Privada de Tacna, 2012.
  18. Charaja, Y. y Mamani, J. Satisfacción laboral y motivación de los trabajadores de la dirección regional de comercio exterior y turismo - puno - Perú, 2013. *Comunicación*, 2014, 5(1), 05-13. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2219-71682014000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682014000100001&lng=es&tlng=es).
  19. Colliere, Franncosse, El cuidado de enfermería. *Revista mexicana de enfermería y cardiología*, vol 10 Diciembre 2002 pp 88-89 <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>
  20. Coates, C. The Caring Efficacy Scale. *Nurses Self-Reports of Caring in Practice Settings*. *Adv. Practice Nus Quarterly/Summer*, 1997, 3 (1), 53-9.
  21. COVID-19: Un 37% de los profesionales enfermeros han pasado el virus. *Enfermeria21* [Internet]. el 4 de 2021; Disponible en:

- <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/covid-19-un-37-de-los-profesionales-enfermeros-ha-pasado-el-virus/>
22. COVID-19: adultos mayores de 70 años en Tacna escribieron mensajes de gratitud a enfermeras que los vacunan. El comercio [Internet]. el 5 de mayo de 2021; Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/covid-19-adultos-mayores-de-70-anos-en-tacna-escriben-mensajes-de-gratitud-a-enfermeras-que-los-vacunan-video-nnpp-noticia/?ref=ecr>
  23. Da Silva, L., Coelbo, M., De Lima, C., Silva de Souza, P. Cuidado de enfermería, su sentido para enfermeras y pacientes. *Revista de enfermería. Colegio de Enfermeras Chile*, 2002, 37 (120), 22-27.
  24. Gaitán, M. La enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tujan, Boyaca. 1999
  25. Gamboa, E. Satisfacción laboral: Descripción teórica de sus determinantes. *Revista Psicología Científica.com*, 2010, 12(16). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/satisfaccion-laboral-descripcion-teorica-de-sus-determinantes>
  26. Guerrero, R., Meneses, M. y Cruz, M. Cuidado Humanizado de Enfermería según la Teoría de Jean Watson. Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev.enferm Herediana*; 2016, 9(2), 133-142.
  27. Hernandez R., Fernandez C., Baptista M. 2014, sexta edición por mcgraw-hill / interamericana editores, s.a. de C.V. C.P. 01376, México D.F <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
  28. Holanda, G. y Soares, E. “Macois Conceituais na direcao do cuidado:um estudo reflexivo do cuidado solidario de enfermagem.” En Escola Anna Nery, *Revisa de Enfermagem*, 2000, 4,(3), 73.
  29. Joven Beltrán ZM. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería [Internet]. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59444>
  30. LLiquin, A. Cuidado humanizado en Enfermería relacionado con el nivel de satisfacción de madres que asisten al consultorio de CRED del C.M.I.R- Rimac 2017. (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal-



facultad de Medicina Hipólito Unanue, 2017

31. Lu, H., While, A. & Barriball, K. Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International journal of nursing studies*, 2007, 44(4), 574–588. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.007>
32. Martínez, M. Percepción de autoeficacia del cuidado humanizado que otorgan las enfermeras al paciente de cuidados intensivos (tesis de licenciatura). Universidad Veracruzana. 2015. Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46452/MartinezMartinezMaEsther.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
33. Montecilli, M., Elsen, I. el hospital como una realidad clínica, una comprensión a partir del encuentro entre trabajadores de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Rev. Horizonte de Enfermería*, 2004, 15, 37-52.
34. Montero, C., Fernández, M., Cáceres, E., Almeida, S. & Cáceres, S. Nivel de la satisfacción laboral de trabajadores profesionales administrativos de una empresa manufacturera ubicada en la región oriental de Venezuela. *Saber*, 2015, 27(4), 586-594. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01622015000400009&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622015000400009&lng=es&tlng=es).
35. Moreno, Miguel Reyes Mauricio, Autoeficacia percibida en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en periodo 2020 <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35209>
36. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing, 1988.p. 158.
37. Ortega Vargas Carolina, El cuidado de enfermería, *Revista Mexicana*, Vol. 10, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2002 pp 88-89 <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>
38. Parsons T., Bales R., Shils E. *Apuntes sobre la Teoría de la Acción* Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
39. Peya, M. Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. Elsevier, 2008, 26(2), 62-65.

40. Pineda MB. conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado del paciente en la unidad de recuperación del hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019. [Perú]: Universidad Jorge Basadre Grohmann; 2021. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4187>
41. Pinedo JCR, Ortiz MEI. Cuidado humanizado del profesional de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto. Periodo julio – diciembre 2020. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO; 2020.
42. Pinto, N. Cuidado y práctica de enfermería. *Dialnet*. 2000
43. Xiong, H., Yi, S., & Lin, Y. The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 57, 2020. 46958020957114. <https://doi.org/10.1177/0046958020957114>
44. Pujol-Cols, J. y Dabos, G. Satisfacción laboral: una revisión de la literatura acerca de sus principales determinantes. *Estudios Gerenciales*, 2018, 34(146), 3-18.
45. Quisocala Quispe BM. Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en el servicio de emergencia y el cuidado humanizado de enfermería. Hospital III Goyeneche – Arequipa. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2020.
46. Ramírez, A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 2009, 70(3), 217-224. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&tlng=es).
47. Ramos Guajardo S, Ceballos Vasquez P. Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2018; 7( 1 ): 3-16. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>.
48. Suzanne Kerouac, El pensamiento enfermero, en edición en español de la obra origina francés, Copyright 1996

<https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

49. Waldow Regina, (1998:35-38).  
<https://www.monografias.com/docs/Teor%C3%ACa-de-regina-waldow-P3CGNSSZBZ>
50. Watson, J. 1985 Nursing, The Philosophy and caring: 2 ed. Colorado: Publishid by the University Press of Colorado.  
Watson J. 1988 Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing, 158
51. Waldow, Vera Regina 2008 The caregiving process in the vulnerability perspective Rev Latino-am Enfermagem julho-agosto; 16(4) [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
52. Yañez, R., Arenas, M. & Ripoll, M. 2010. El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. *Liberabit*, 193-202. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272010000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200009&lng=es&tlng=es).
53. Canese de Estigarribia, M. ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, EN EL ÁREA DE LAS CIENCIAS SOCIALES, EN UNIVERSIDADES DEL PARAGUAY. Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL. 2015;8(4):153-163. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3193432570>

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición
<b>Autoeficacia del cuidado humanizado</b>	De acuerdo a la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson dice: que el "cuidado" es para la enfermería una razón moral, no es un procedimiento y una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente	Mediante El Instrumento del Cuidado Humanizado en el cual especifica Sus Matices Comportamental Observables.	-Experiencias directas -Experiencias varias -Activación fisiológicas -Persuasión verbal	-Cuidado humanizado o Bueno -Cuidado humanizado o Regular -Cuidado humanizado o malo	Nominal

## Anexo2: Instrumento y recolección de datos

### CUESTIONARIO

#### ESCALA DE LIKERT-CARING EFFICACY SCALE

**Autor:** Carolie Coates Universidad de Colorado Estados Unidos, y Adaptado para Latinoamérica por Margaret Poblete M. Chile 2009

**Finalidad:** Evaluar la autoeficacia que tiene la enfermera (o) para otorgar cuidados humanizados a los pacientes hospitalizados. Según la Teoría de autoeficacia de Bandura y la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson.

**Instrucciones:**

Después de haber leído atentamente cada ítem elija la respuesta que considere pertinente, debe marcar con una X tomando en cuenta las siguientes respuestas:

Muy de acuerdo	MA: 5
De acuerdo	D: 4
Ni de acuerdo ni de desacuerdo	DD: 3
En desacuerdo	ED: 2
Muy en desacuerdo	MD: 1

ITEMS	MA	D	DD	ED	MD
	5	4	3	2	1
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 atender 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 impactado (a) emocionalmente.					
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes					
7. Es fácil para mí considerar 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 al cliente/paciente como persona.					
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 precauciones personales.					
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.					
12. Carezco de confianza en mí 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 pacientes/clientes para suministrar un cuidado más individualizado.					
15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis pacientes/clientes					
16. Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con pacientes/clientes.					
17. Creo tener problemas para relacionarme con mis pacientes/clientes.					
18. Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis pacientes/clientes.					
19. Usualmente logro agradecerles a mis pacientes/clientes.					
20. Encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.					
21. Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes/clientes habitualmente lo hago peor.					
22. Si pienso que un paciente/clientes esta incomodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.					
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente/clientes, dejo de trabajar					

con esa persona.					
24. A menudo encuentro difícil relacionarme con pacientes/clientes de culturas diferentes a la mía.					
25. He ayudado a muchas pacientes/clientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.					
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes/clientes.					
27. A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes/clientes 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 pacientes/clientes difíciles.					
30. No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.					

### Anexo 3: validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

#### Tamaño de muestra

Caso	Cálculo de proporciones con población finita o de tamaño conocido.		Formula:	Variable Cualitativa con población
Elemento		Poner en %		
Z	1.96	95%		
p	0.5		$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq} =$	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">79.51</div>
q	0.5			
E	0.08			
N	168			

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq} \\
 &= \frac{168 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{(168-1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50} \\
 &= 79.51 \approx 80
 \end{aligned}$$



## Confiabilidad del Instrumento

El método de consistencia interna sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach en 1951, aunque sus orígenes se encuentran en los trabajos de Hoyt (1941) y de Guttman (1945). Una manera práctica de interpretar la magnitud de un coeficiente de confiabilidad puede ser guiada por la escala mostrada en la siguiente tabla.

Tabla  
*Interpretación de la magnitud del coeficiente de confiabilidad de un instrumento.*

Rangos	Magnitud
0.81 – 1.00	Muy Alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.01 – 0.20	Muy Baja

Fuente: tomada del Ruiz Bolívar (2002)

## Confiabilidad escala de Lickert-Caring efficacy scale

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,860	30

En la tabla anterior se muestra el resultado Alfa de Cronbach analizado con una prueba piloto tamaño 20 y aplicado al instrumento para la escala de Lickert-Caring efficacy scale con 30 ítems. Se observa una confiabilidad alta  $\alpha=0.860$ . Posteriormente se muestra la tabla de estadísticas del total de elementos donde aparecen los valores Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido, encontrando un valor alfa mayor al obtenido en el ítem P4 ( $\alpha=0.864$ ), el valor obtenido sugiere la eliminación del ítem, pero considerando no es muy grande la diferencia, se sugiere mantenerlo en la aplicación del instrumento.

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	87,35	346,345	,326	,858
P2	87,10	336,095	,459	,854
P3	87,20	327,853	,522	,852
<b>P4</b>	<b>86,95</b>	<b>354,576</b>	<b>,119</b>	<b>,864</b>
P5	86,90	338,305	,416	,855
P6	87,00	336,947	,403	,856
P7	87,40	333,832	,520	,852
P8	87,25	325,039	,614	,849
P9	87,35	336,871	,592	,852
P10	87,55	339,945	,479	,854
P11	87,60	345,200	,362	,857
P12	87,10	348,095	,350	,857
P13	87,05	351,945	,265	,859
P14	87,40	351,726	,189	,861
P15	87,05	342,261	,398	,856
P16	87,35	347,818	,275	,859
P17	86,75	344,618	,306	,858
P18	87,40	339,937	,402	,856

P19	86,90	341,463	,300	,859
P20	87,15	352,976	,250	,859
P21	87,25	337,882	,521	,853
P22	86,85	338,134	,429	,855
P23	87,05	356,682	,118	,863
P24	87,20	341,958	,371	,857
P25	87,25	339,566	,437	,855
P26	87,35	336,239	,464	,854
P27	87,30	340,853	,393	,856
P28	87,05	338,261	,498	,853
P29	87,20	338,484	,414	,855
P30	87,50	342,158	,327	,858



## CARTA DE PRESENTACIÓN

Trujillo, 19 de junio del 2021

Magister

Ketty Giovanna Romero Cabrera

Cargo Enfermera del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta - Trujillo

Presente.-

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTOS**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y asimismo, hacer de su conocimiento que la estudiante **Quispe Vera, Sonia Roxana de** la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo, promoción **2020-II**, está desarrollando el Proyecto de Tesis que lleva como título:

**“Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19 en Enfermeras del hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021”**

En tal sentido, le solicito su participación como Evaluador del instrumento mencionado.

Agradeciendo su atención y sin otro en particular, me despido de Usted.

Atentamente

Asesora de Proyecto de Investigación  
Escuela Profesional de Enfermería  
Universidad Cesar vallejo – Filial Lima Norte

Se adjunta:

- Carta de presentación.
- Objetivos de la investigación.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Cuestionario.
- Validez de contenido de los instrumentos.



N°	DIMENSIONES/ ITEMS	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSIÓN: Experiencias directas								
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	X		X		X		
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	X		X		X		
3	Me siento cómoda al atender a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	X		X		X		
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.	X		X		X		
5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré impactado (a) emocionalmente.	X		X		X		
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	X		X		X		
7	Es fácil para mí considerar múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente al mismo tiempo que lo escucho.	X		X		X		
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al cliente/paciente como persona	X		X		X		

DIMENSIÓN: Experiencias varias

14	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes.	X		X		X		
15	Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis precauciones personales.	X		X		X		
16	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.	X		X		X		
17	Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.	X		X		X		
18	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.	X		X		X		
19	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con pacientes/clientes para suministrar un cuidado más individualizado.	X		X		X		
20	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis pacientes/clientes	X		X		X		
21	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con pacientes/clientes.	X		X		X		
22	Creo tener problemas para relacionarme con mis pacientes/clientes.	X		X		X		
23	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis pacientes/clientes.	X		X		X		

**DIMENSIÓN: Activación fisiológicas**

24	Usualmente logro agradecerles a mis pacientes/clientes.	X		X		X		
25	Encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.	X		X		X		
26	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes/clientes habitualmente lo hago peor.	X		X		X		
27	Si pienso que un paciente/clientes esta incomodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.	X		X		X		
28	Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente/clientes, dejo de trabajar con esa persona.	X		X		X		
29	A menudo encuentro difícil relacionarme con pacientes/clientes de culturas diferentes a la mía.	X		X		X		

**DIMENSIÓN: Persuasión verbal**

30	He ayudado a muchas pacientes/clientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.	X		X		X		
31	A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes/clientes.	X		X		X		
32	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes/clientes están viviendo.	X		X		X		
33	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse	X		X		X		



	conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.							
34	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes/clientes difíciles.	X		X		X		
35	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.							

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

**Aplicable [ X ]**

**Aplicable después de corregir [ ]**

**No aplicable [ ]**

Trujillo, 20 de junio del 2021

**Apellidos y nombres del juez evaluador:**

**ROMERO CABRERA KETTY GIOVANNA**

---

**DNI: 18212179**

**Especialidad del evaluador:**

**ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERA EN CARDIOLOGÍA -CARDIOVASCULAR**

---

<sup>1</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

<sup>2</sup>**Pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

<sup>3</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Trujillo, 20 de junio del 2021

Dra. Mirtha Fernandez Mantilla

Cargo Docente de Investigación formativa

Presente.-

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTOS**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y asimismo, hacer de su conocimiento que la estudiante **Quispe Vera, Sonia Roxana** de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo, promoción **2020-II**, está desarrollando el Proyecto de Tesis que lleva como título:

**“Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19 en Enfermeras del hospital Hipólito Unanue de Tacna-2021”**

En tal sentido, le solicito su participación como Evaluador del instrumento mencionado.

Agradeciendo su atención y sin otro en particular, me despido de Usted.

Atentamente



Asesora de Proyecto de Investigación  
Escuela Profesional de Enfermería  
Universidad Cesar vallejo – Filial Lima Norte

Se adjunta:

- Carta de presentación.
- Objetivos de la investigación.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Cuestionario.
- Validez de contenido de los instrumentos.

N°	DIMENSIONES/ ITEMS	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DIMENSIÓN: Experiencias directas								
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	X		X		X		
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	X		X		X		
3	Me siento cómoda al atender a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	X		X		X		
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.	X		X		X		
5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré impactado (a) emocionalmente	X		X		X		
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	X		X		X		
7	Es fácil para mí considerar múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente al mismo tiempo que lo escucho.	X		X		X		
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al cliente/paciente como persona	X		X		X		

DIMENSIÓN: Experiencias varias

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

**DIMENSIÓN: Activación fisiológicas**

19	Usualmente logro agradecerles a mis pacientes/clientes.	X		X		X		
20	Encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.	X		X		X		
21	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes/clientes habitualmente lo hago peor.	X		X		X		
22	Si pienso que un paciente/clientes esta incomodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.	X		X		X		
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente/clientes, dejo de trabajar con esa persona.	X		X		X		
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con pacientes/clientes de culturas diferentes a la mía.	X		X		X		

**DIMENSIÓN: Persuasión verbal**

25	He ayudado a muchas pacientes/clientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.	X		X		X		
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes/clientes.	X		X		X		
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes/clientes están viviendo.	X		X		X		
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse	X		X		X		

	conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.							
29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes/clientes difíciles.	X		X		X		
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.							



**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

**Aplicable [X ]**

**Aplicable después de corregir [ ]**

**No aplicable [ ]**

20 de junio del 2021

**Apellidos y nombres del juez evaluador:**

**FERNÁNDEZ MANTILLA MIRTHA MERCEDES**

---

**DNI: 17927740**

**Especialidad del evaluador:**

**PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

---

<sup>1</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

<sup>2</sup>**Pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

<sup>3</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Facultad de Ciencias Médicas

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Lima, 20 de junio del 2021

Magister

Julio Antonio Rodríguez Azabache

Cargo Mg. Estadística

Presente.-

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTOS**

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y asimismo, hacer de su conocimiento que la estudiante **Quispe Vera, Sonia Roxana**, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo, promoción **2020-II**, está desarrollando el Proyecto de Tesis que lleva como título:

**“Autoeficacia del Cuidado Humanizado en el contexto del Covid 19 en Enfermeras del hospital Hipólito Unanú de Tacna-2021”**

En tal sentido, le solicito su participación como Evaluador del instrumento mencionado.

Agradeciendo su atención y sin otro en particular, me despido de Usted.

Atentamente

Asesora de Proyecto de Investigación  
Escuela Profesional de Enfermería  
Universidad Cesar vallejo – Filial Lima Norte

Se adjunta:

- Carta de presentación.
- Objetivos de la investigación.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Cuestionario.
- Validez de contenido de los instrumentos.



N°	DIMENSIONES/ ITEMS	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>DIMENSIÓN: Experiencias directas</b>								
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	X		X		X		
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	X		X		X		
3	Me siento cómoda al atender a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	X		X		X		
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.	X		X		X		
5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré impactado (a) emocionalmente	X		X		X		
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	X		X		X		
7	Es fácil para mí considerar múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente al mismo tiempo que lo escucho.	X		X		X		
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y	X		X		X		

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

17	Creo tener problemas para relacionarme con mis pacientes/clientes.	X		X		X		
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis pacientes/clientes.	X		X		X		
DIMENSIÓN: Activación fisiológicas								
19	Usualmente logro agradecerles a mis pacientes/clientes.	X		X		X		
20	Encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.	X		X		X		
21	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes/clientes habitualmente lo hago peor.	X		X		X		
22	Si pienso que un paciente/clientes esta incomodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.	X		X		X		
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente/clientes, dejo de trabajar con esa persona.	X		X		X		
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con pacientes/clientes de culturas diferentes a la mía.	X		X		X		
DIMENSIÓN: Persuasión verbal								
25	He ayudado a muchas pacientes/clientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.	X		X		X		

26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con pacientes/clientes.	X		X		X		
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los pacientes/clientes están viviendo.	X		X		X		
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.	X		X		X		
29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes/clientes difíciles.	X		X		X		
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [ x ]      Aplicable después de corregir [ ]      No aplicable [ ]

20 de junio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Rodríguez Azabache Julio Antonio

DNI: 18093328

Especialidad del evaluador:

Licenciado en Estadística, Mg. Educación

1Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

2Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

3Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Julio Antonio Rodríguez Azabache  
LICENCIADO EN ESTADÍSTICA  
COESPE N° 547

---

Firma



Opinión de aplicabilidad:

**Aplicable [x ]**

**Aplicable después de corregir [ ]**

**No aplicable [ ]**

Trujillo, 24 de junio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dra. Elena Cachicatari Vargas

---

**DNI: 00419190**

**Especialidad del evaluador: Enfermera.**


---

<sup>1</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

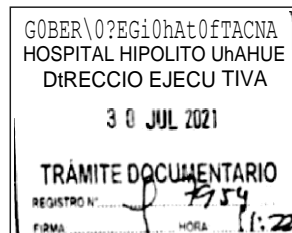
<sup>2</sup>**Pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

<sup>3</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

---



Edgar Rogelio Concori Coaquira  
Director ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue

ASUNTO: Solicito autorización a la ejecución del Proyecto de investigación de Enfermería

Por la presente me es grato comunicarme con Ud. A fin de saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo y el mío propio deseándole éxitos en su acertada gestión.

A su vez, la presente tiene como objetivo solicitar su autorización fin de que el bachiller en enfermería, Sonia Roxana Quispe Vera, de la Escuela Profesional de Enfermería pueda ejecutar su investigación titulada "Autoeficacia del Cuidado Humanizado en Contexto del Covid19 en las enfermeras del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021" que usted tan dignamente dirige; por lo que solicito su autorización a fin de que se brinde las facilidades correspondientes.

Sin otro particular y en espera de su respuesta quedo de Usted.

**Atentamente.**

Mgtr. Lucy Tani Becerra Medina  
Coordinadora del área de Investigación  
Escuela P. de Enfermería  
Universidad Cesar Vallejo - Filial Lima

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

