



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.**

**Conocimiento y Autoeficacia del Cuidado Humanizado en los Licenciados en
Enfermería de una Institución de tercer nivel de atención.**

**TESIS GRUPAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presenta:

Citlali Anel Vilchis Minguela

309328212

Victor Manuel González Martínez.

413009032

Tutora:

Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez

Ciudad de México Noviembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del Problema.....	3
III.	Pregunta de investigación	4
IV.	Objetivos	4
V.	Justificación.....	5
VI.	Marco Teórico.....	6
6.1	Enfermería como ciencia del cuidado	6
6.2	Definición de enfermera(o).....	9
6.3	Cuidado como objeto de estudio.....	10
6.4	Cuidado Humanizado.....	11
6.5	Teoría del Cuidado Humano de Watson	13
6.6	Autoeficacia.....	19
VII.	Marco Referencial.	21
VIII.	Metodología.	24
VIII.	Resultados.....	30
IX.	Conclusiones.....	86
X.	Sugerencia e impacto de estudio, limitaciones.	88
XI.	Trabajos citados	89
XII.	Anexos.	91

I. Introducción

“La Enfermería como ciencia y arte, ha buscado, a lo largo del tiempo, producir un cuerpo de conocimientos propios que brinde soporten y apoyo a su ejercicio profesional. A respecto de una práctica social e histórica, la Enfermería a través del desarrollo de investigaciones, ha buscado comprender los procesos más amplios que determinan y son determinadas en las relaciones de producción de la salud y la enfermedad”. Nájera, (2007)

El término ciencia (episteme), según el diccionario Oxford, es un conjunto de conocimientos organizados sistemáticamente en algún tema. El término ciencia ha sido utilizado tanto como una actividad o ciencia como proceso, y al resultado como un producto de ese proceso, es decir ciencia como producto. Por un lado, ciencia como proceso, son los métodos o estrategias de investigación por medio de los cuales el conocimiento se desarrolla o verifica. Es lo que el científico/a hace, observa, piensa críticamente, experimenta, mide y así sucesivamente desarrolla el conocimiento. Por otro lado, la ciencia como producto resulta en el cuerpo de conocimientos acumulados que pretende describir o explicar algunos aspectos elegidos del universo. Urra (2009)

Por lo cual, la ciencia de enfermería ha sido comprendida desde el desarrollo de conocimiento tradicionalmente científico-empírico que trata de relacionar los hechos sistemáticamente dentro de teorías. Desde esa perspectiva, varias teoristas de enfermería iniciaron la construcción de teorías para entender el fenómeno de enfermería y cómo se podía explicar y predecir. En esta evolución de los últimos tiempos ha habido debates filosóficos y teóricos que han provocado un mayor interés en la búsqueda de la naturaleza del conocimiento de enfermería y sobre si ésta debe ser concebida como una ciencia básica, aplicada, y/o práctica. Urra (2009)

De acuerdo con Afanador (2002) dice que: El actual estado de estructuración del conocimiento de enfermería viene dado por el hecho de que "el cuidado" ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los cuales hay que dar una explicación, e incluso carece de una sólida tradición historiográfica que nos permita hoy día reconstruir nuestro pasado desde las fuentes primarias. Sin embargo, es necesario en este momento en donde se identifica el cuidado como un fenómeno universal, que se expresa en acciones y esas acciones son diferentes según las distintas culturas por parte de quienes dan cuidado y quienes lo reciben, según las percepciones, experiencias y significados.

El cuidado es una expresión de la práctica y, por ello, debe basarse en el conocimiento de enfermería o ciencia de enfermería, que al ser considerada como el cúmulo de conocimientos que ayudan a resolver los problemas de la práctica. Es por esto fundamental que la ciencia de enfermería tiene que basarse en conocimientos científicos, y el conocimiento científico es un compendio de teorías que deben dar soporte al cuidado. Debe existir una clara relación entre la teoría, la práctica y la investigación en enfermería y lograr entender que el cuidado es fundamentalmente la expresión de la práctica. Urra (2009)

II. Planteamiento del Problema.

La práctica profesional representa un escenario objetivo y real donde el profesional de enfermería evidencia y proyecta su formación y trayectoria académica, así mismo representa un compromiso y responsabilidad de responder con conocimientos filosóficos, teóricos y metodológicos el cuidado que demanda la persona y su familia; sin embargo la evidencia empírica direcciona a que en la mayoría de los casos los Licenciados en enfermería ejercen un práctica más bien mecanizada, basada en rutinas de cuidado y solo en indicaciones médicas.

Lo mencionado puede deberse a diferentes factores: por desconocimiento, omisión por desinterés o bien falta de identidad; lo cual representa un problema importante de atender si se toma como referente básico que la formación académica de los Licenciados en Enfermería, se basa en un Plan de Estudios cuyo eje formativo se centra , en el cuidado integral (holístico) a la persona; ponderando que cada persona es un ser único, individual irrepetible, que es merecedor de un cuidado humanizado y personalizado; además de enseñarse diversas teorías del cuidado, guiándolo de esta manera a puntos específicos de acuerdo a los distintos enfoques teóricos.

Lo anterior, apuesta a brindar al profesional de Enfermería el conocimiento, las habilidades y los atributos para ejercer una práctica profesional, como ya se ha mencionado responsable, consiente, y desde el punto de vista teórico, *Humanizado* donde sus acciones están dirigidas al cubrir la demanda de cuidado de la persona, la familia y la comunidad.

Toda persona que cursa por un proceso de enfermedad es merecedora de un cuidado holístico; ya que la pérdida de la salud es un proceso de duelo constante donde el papel del profesional de enfermería es primordial para el bienestar de la persona durante su estancia hospitalaria.

Por lo que es de interés realizar una investigación que brinde información sobre la manera que conoce y percibe el cuidado humanizado desde la teoría de enfermería,

de tal modo que esto posibilite la retroalimentación o actualización de su enseñanza aprendizaje, lo que representa un aspecto primordial del profesional de enfermería pues es atender directamente a su objeto de estudio, el cuidado.

III. Pregunta de investigación

- ¿Cuál es el conocimiento y la percepción de autoeficacia en los Licenciados de Enfermería a cerca del Cuidado Humanizado?
- ¿Cuál es la relación existente entre el conocimiento del Cuidado Humanizado y su percepción de autoeficacia para realizar el Cuidado Humanizado?

IV. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Describir el conocimiento y percepción de la autoeficacia en los Licenciados de Enfermería a cerca del Cuidado Humanizado.

4.2 Objetivos específicos

- Describir la relación existente entre el conocimiento acerca del cuidado humanizado y la percepción de la autoeficacia en la aplicación de Cuidado Humanizado

V. Justificación

Dentro de enfermería, se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única, poseedora de atributos: conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser.

Debido a esto la formación académica de enfermería debe estar acompañada de iniciativas, y a la vez, de la implementación en actividades curriculares, las cuales deben ser afines y complementarias tanto en su formación y experiencia, como en sus aspectos formativos académicos y profesionales. De esta manera se pretende que cada uno de los Licenciados en Enfermería al concluir su formación académica entienda su trabajo como una profesión, dedicada al más fundamental de los derechos humanos, como es, el derecho a la salud y al bienestar, y que la capacidad para combinar la alta tecnología con el trato humano es la base para el éxito de las enfermeras. Guevara (2014)

Para avanzar con una práctica de cuidados humanística y transpersonal, seguir con una gestión responsable y comprometida, donde la investigación sea el punto de partida de los avances y se mantenga el compromiso sociopolítico, es así como se pueden generar cambios auténticos y con posibilidad de consolidarse.

VI. Marco Teórico.

6.1 Enfermería como ciencia del cuidado

La enfermería como disciplina surge en Estados Unidos en los años 50, esto a la necesidad de un sustento teórico que le permitiera a la profesión delimitar sus propios conocimientos, perspectivas y dominios. En 1952 surge el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing*. De igual manera en el año de 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería. León Román (2006)

El significado actual del término ciencia para la Real Academia Española es: Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente.

La enfermería como ciencia humana, es un conjunto organizado de conocimientos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporciona el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria. Siendo la base de la ciencia de la enfermería un amplio sistema de teorías que se aplican en la práctica, en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona. Como profesión tiene características esenciales considerando que su naturaleza y eje central es el Cuidado de Enfermería, siendo que la disciplina como concepto se refiere al saber, y como procedimiento al quehacer. Navarro (2014).

Como se mencionó anterior mente es en la década de los 50 donde existe un estallido de teóricas en enfermería las cuales enuncian diferentes tipos de

postulados y con ellos su punto de vista de lo que constituye la enfermería como, por ejemplo.

Virginia Henderson: Planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Hernández Cortina, (2004).

Martha Rogers: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano. Hernández Cortina, (2004)

Dorotea Orem: es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos. Hernández Cortina, (2004)

Callista Roy: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces. Hernández Cortina, (2004)

Abdellah: es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo de ayudar a la gente enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias. Hernández Cortina, (2004)

La American Nurse Asociation (ANA): es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales. Hernández Cortina, (2004)

Jean Watson define a la enfermería como una ciencia humana a la que ha denominado “ciencia del cuidado” Watson, (1985); ella considera los siguientes aspectos filosóficos para el estudio de la enfermería: 1) La enfermería visualiza a los seres humanos como sujetos de experimentación. 2) El ser humano se encuentra en continua y estrecha interrelación con su medio ambiente. 3) La salud es un proceso. 4) El cambio es continuo; la enfermera y la persona son coparticipantes. 5) Preocupación por la salud de los individuos y sus grupos. 6) El cuidado se da en una transacción de cuidado de humano a humano (enfermera-persona)

Siendo de más reciente modificación la NOM-019, 2013 nos dice que: “La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.” De igual manera define a la enfermería como “la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”.

Tal y como dice Hernández Cortina, (2004), se puede observar, que no existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país, acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión y que la enfermería es una ciencia muy joven comparada con otras ciencias como la medicina, física, química, para citar algunas que tienen varios siglos de existencia. Aunque se observa una

tendencia repetitiva en la literatura de determinados conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual, en opinión de los autores, el desarrollo de las comunicaciones y la tecnología ayudará, a la unificación de criterios. Enfermería tiene un cuerpo de conocimientos en formación constituido por una serie de teorías y modelos conceptuales que forman la estructura actual del conocimiento enfermero y que abordan desde distintos ángulos los 4 conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero (salud, entorno, persona y cuidado).

Actualmente la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado. La forma de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del individuo, la familia y la comunidad tiene definitivamente carácter holístico por lo que se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico.

6.2 Definición de enfermera(o)

La (NOM-019, 2013) define a los enfermeros y enfermeras como: “A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería. Donde incluye a:

- Enfermera(o) general: A la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente;
- Enfermera(o) especialista: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización

correspondiente a un área específica de competencia;

- Enfermera(o) con maestría: A la persona que, además de reunir los requisitos de licenciatura en enfermería, acredita el grado de maestría, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de maestría correspondiente;
- Enfermera(o) con doctorado: A la persona que, además de reunir los requisitos del grado de maestría, acredita el grado de doctorado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente.
(NOM-019, 2013)

6.3 Cuidado como objeto de estudio.

En los comienzos de la enfermería profesional, Florence Nightingale, define cuidar como “el arte y la ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” Nightingale, (1990).

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado (Hernández Cortina, (2004)

Para Marie Francoise Colliere “Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades”, representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida. Vargas, (2002) A través del tiempo el cuidar se ha convertido en la función exclusiva de un gremio, le llamamos profesión de enfermería.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud define el cuidado como: “La acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus

necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.”

Parra, (2007), menciona que todas las personas cuidan y esta actividad humana, ha sido entre otras una expresión de cariño, de amor a otros, significa interés, preocupación, afecto, ayuda, compasión; en sentido genérico y aplicado a Enfermería se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, de conservación que facilitan a la persona o grupos con necesidades, el poder mejorar sus condiciones de vida o anticiparse a esas necesidades; todo ello en una relación de participación.

El cuidado de enfermería, nos brinda la oportunidad de visualizar al cuidado como algo más que atender las necesidades de los pacientes o comunidades, considerando que enfermería tiene la oportunidad de compartir los momentos más especiales del ser humano, como el de nacer, crecer, desarrollarse físicamente, reproducirse, sentir sufrimiento físico y emocional o el difícil momento de morir. Aunado a esto Santiago, 2009 nos dice que esta práctica no debe de ser etnocentrista, es decir, se miraría al paciente desde nuestro mundo, desde nuestra propia perspectiva cultural, pues se podría considerar que es la mejor: pues bien, esta actitud nos llevaría al fracaso como profesionales de la salud.

6.4 Cuidado Humanizado

El cuidado es la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Se comprende por cuidado todas las acciones que realiza el profesional de Enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o de los grupos a que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud.

Basado en la conceptualización del cuidado puede definirse al acto de cuidado de Enfermería como “el ser y la esencia de la profesión que está fundamentado en sus propias teorías y tecnologías y conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.” La cual surge a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el profesional de Enfermería y la persona, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

El cuidado holístico en los servicios de salud se han visto dificultados por una visión biomédica de la salud, determinando que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas. Troncoso, (2007)

Sin embargo los profesionales de enfermería, como una forma de sentirse valorado han relacionado el cuidado con el accionar cotidiano (técnicas de enfermería) y considerando la tecnología como poder. Orientando muchas veces su práctica hacia lo técnico distanciándose por tanto de los valores morales y políticos.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, inter subjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. Troncoso, (2007)

El cuidado humano debe de basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y autentica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente

humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Otros aspectos a considerar por teóricos de enfermería como Leininger es establecer la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde agrega: “los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación”

6.5 Teoría del Cuidado Humano de Watson

Jean Watson (1985), postulan que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano se basa en la reciprocidad y tiene una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como co-partícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Para Watson el cuidado adquiere realmente una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones, este encuentro con el otro provoca una transformación que lleva a un crecimiento y a un desarrollo personal a enfermera y usuario. Watson, fundamenta su teoría en la Psicología humanista y Transpersonal de Carl Rogers (1982), refiere que la enfermera debe poseer cualidades interpersonales y transpersonales, que le permitan lograr un acercamiento auténtico y empático con el usuario, agregando además, que la enfermera al involucrarse con el otro, adquiere una responsabilidad moral, aproximando su visión filosófica y ética al pensamiento de Emmanuel Levinas Watson,(2005).

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial-fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como una idea moral ético de la enfermería, en otras palabras el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

De acuerdo a la teoría de Watson, la enfermera, debe cultivar el “caring” es decir cuidar sanando. En la interrelación con el otro, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, usando otros aspectos que apoyen el cuidar como: el silencio, el canto, la música, la poesía, el tocar, el estar “presente” a través del arte, de expresiones no verbales, de afirmaciones llenas de espiritualidad y energía que permitan la tranquilidad y la sanación Watson, (2008). Watson (1985), le otorga al cuidado humano una esencia humanista y un valor ético.

Persona. Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

Enfermería. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética

y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación.

Definición de teoría: Watson la define como un grupo imaginativo de conocimientos ideas y experiencias que se representan simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado.

Watson describe “una relación de cuidado transpersonal esencial para su teoría; es un tipo especial de relación de cuidado humano.

De acuerdo a estos supuestos, Watson complementa en la ciencia del cuidado dos aspectos fundamentales, la obligación moral y una abierta voluntad de cuidar a través de la comunicación transpersonal, determinando para ello 10 factores del cuidado. De este grupo de acciones según Watson, los tres primeros son claves para su Teoría.

- 1. Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas:** para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar.
- 2. Instilación de fe y esperanza:** donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Watson (1985), vuelve su mirada a aspectos ancestrales del cuidado, en los cuales adquiere importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano posee tanto para su salud y curación, destacando que lo primero, a lo que el hombre recurrió en la antigüedad fue a la magia, religión, encantamientos y rezos; y en segundo lugar, a la medicina.
- 3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás:** cultivar las propias prácticas espirituales y transpersonales para ir más allá de uno mismo, del ego. La auto-aceptación permite a la enfermera otorgar

cuidados más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás. Para ello es necesario que las enfermeras hayan consolidado sus juicios, gustos, valores y sensibilidad para desarrollar relaciones humanas. Este desarrollo solo se alcanzará si, se ha pasado por experiencias de vida humanitarias y compasivas. En general, existe temor en los seres humanos de expresar sus sentimientos pues, les asusta el ser manipulados por otros, pero el auto-aceptarse y ser honesto con sus sentimientos permite ayudar y empatizar con el otro.

4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y desconfianza: para que los cuidados sean auténticos es necesario que se desarrollen y se sostengan en una confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano, “sujeto” que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, objeto al cual se le puede manipular y tratar. Watson, en este punto agrega que las enfermeras en los servicios sanitarios llegan a ver a sus pacientes como seres tan comunes, que apenas consideran sus necesidades, y de algún modo van expresando una conducta institucionalizada. Para Watson, el cuidado debe basarse en una relación interpersonal verdadera, auténtica y genuina, lo que es clave para que se den los cuidados transpersonales y es lo que hace la diferencia en la calidad del cuidado.

5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos: expresar los sentimientos es conectarse profundamente con el espíritu tanto del que cuida, como del que es cuidado. Este factor, se deriva del tercero, el cultivar la sensibilidad de uno mismo y los demás, el auto-conocimiento y aceptación nos van a permitir compartir sentimientos con el otro. Watson (1985), reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para enfermeras como pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e

intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia. Los sentimientos afectan los pensamientos y conductas en los seres humanos, por ello, es importante considerarlos y permitirlos en las relaciones de ayuda. Todos los seres humanos están conformados de cognición, sentimiento y conducta siendo los dos primeros los que afectan al último que es la conducta. El componente cognitivo representa el contenido intelectual y el componente afectivo representa sus propios sentimientos, siendo este último, el más difícil de comprender. El componente conductual consiste en acciones que van a estar determinadas por la cognición y lo afectivo. Según Watson (1985), estudios realizados por psicólogos sociales, demuestran que ayudar a expresar los sentimientos negativos como positivos, permiten al individuo a conocerse a sí mismo. Pierde el temor al rechazo y la burla por otras personas y le facilita desarrollar nuevas dimensiones en las relaciones con otros.

- 6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones:** es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado, incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando. El cuidado de enfermería adquiere el carácter científico basándose en un método organizado y sistemático, llamado Proceso de Enfermería. El uso del método de resolución de problemas y el proceso de enfermería como herramientas, ha permitido a las enfermeras una práctica científica del cuidado.

- 7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal:** es una experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de “ser” y con significado” El separar el cuidado de la curación, le da a la enfermera la posibilidad de ayudar al paciente a través de una educación que lo informe y lo responsabilice sobre su autocuidado. Que sea el mismo paciente el que determine sus necesidades personales y

adquiera la capacidad de desarrollarse y crecer como persona.

8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual: creando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al ambiente no físico”, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. Uno de los aspectos importantes a considerar es disminuir el estrés en el paciente, lo que se obtiene informándolo y educándolo. Otros aspectos, tales como, el bienestar, privacidad, seguridad y ambientes limpios y estéticos, también son importantes. El bienestar es necesario evaluarlo desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios además por el trato y atención amable del personal hacia el paciente.

9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas: satisfacer las necesidades básicas, dándole sentido al cuidado, administrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo-mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo Esta teorista reconoce la influencia del trabajo de Maslow (1993), que es claramente reconocible como se observa en la organización de las necesidades. Watson, considera a las necesidades básicas de líquidos y alimentación, eliminación y ventilación como necesidades que han permitido la sobrevivencia del ser humano desde que nace. La necesidad de líquidos y alimentación además, tienen una importancia en la experiencia de asociar sensaciones y en el desarrollo de la personalidad de los individuos; tanto es así, que, la actividad oral, la conducta de comer, hábitos, saborear las comidas y los deseos están directamente asociados con los significados y las relaciones interpersonales, aspectos que están unidos desde el nacimiento.

10. Aceptación de fuerzas existenciales- fenomenológicas: Se deben

atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte; cuidando el alma de uno mismo y del que ser que se cuida. La incorporación del existencialismo y los factores fenomenológicos en la ciencia del cuidado, permiten que el profesional de enfermería comprenda el significado que los pacientes le dan a su vida. Este conocimiento y visión filosófica del ser humano, ayuda a la enfermera como persona y profesional, trayendo significado a su propia vida al aceptar fuerzas no reconocidas. La fenomenología-existencialismo son importantes para los estudios e investigaciones de enfermería, fortaleciendo de este modo la ciencia del cuidado. Watson (1985), le otorga al cuidado una dimensión espiritual y una abierta evocación de amor al cuidar. Para esta teórica el acto de cuidar debe ser un “cuidar- sanando”, es decir un cuidado sanador del espíritu y cuerpo. Watson, intenta conciliar la teoría y la praxis, proponiendo una filosofía y una ciencia del cuidado, considerándolo como la “esencia del ejercicio profesional de la enfermera

6.6 Autoeficacia

La autoeficacia fue definida por Bandura (1987) como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizan y ejecuta sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

Al hablar de autoeficacia, en general, se hace referencia a la eficacia percibida en una situación concreta Bandura, (1986). Sin embargo, la autoeficacia también puede entenderse en sentido amplio, como un constructo global referido a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar de manera adecuada una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana. Espada, Gonzalez, & Carballo, (2012)

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva Bandura, (1982,1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el

pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados Bandura, (1995).

De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo Bandura, (2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas Bandura, (2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico Bandura, (1997).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia Bandura, (1997).

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalem, 1995 en Luszczynska, Gibbons, Piko & Tekosel, 2004; Choi, 2004; Luszczynska, Scholz y

Schwarzer, 2005). Para la mayoría de las aplicaciones, Bandura (1997,2001) plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente (OLIVARI MEDINA CECILIA, 2007)

VII. Marco Referencial.

Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana en 2005 realizaron un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio sobre Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country cuyo objetivo fue: Evaluar la percepción de cuidado humanizado de enfermería a una muestra de 274 personas hospitalizadas mediante el empleo del instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería cuyos resultados fueron que el 86.7% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería; el 12.04% de las personas casi siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería, y el 1.09% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country sólo algunas veces percibieron dicho cuidado.

En el estudio La percepción del cuidado en profesionales de enfermería de tipo deductivo realizado por Lázaro Luis Hernández Vergel; Dulce Maria Zequeira Betancourt y Amauri de Jesús Miranda Guerra en el 2008 cuyo el objetivo era evaluar la percepción del cuidar de los enfermeros, a una muestra de 72 enfermeros teniendo como resultado que el 40 % de los másteres tuvieron dudas al afirmar que el cuidado «no tiene precio». De igual manera, para el 80 % de los enfermeros generales el cuidar como señal de solidaridad fue positivamente significativo, en

contraposición al 53,3 % de los másteres.

En otro estudio de tipo cualitativo descriptivo y transversal por Juárez Claudia, Sate Mario R y Villareal Pedro U en el 2009 titulado Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Infantil Municipal de Córdoba con objetivo de determinar los cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva del hospital Infantil Municipal, de la ciudad de Córdoba; con una muestra de 18 enfermeras que trabajan en dicho servicio, de los tres turnos. Teniendo como resultado que los cuidados humanizados de la interacción enfermera(o) – paciente están presentes en el 78%, el resto correspondiente al 22% de las enfermeras encuestadas expresan no realiza cuidados humanizados. Los cuidados humanizados en la dimensión apoyo emocional, según opinión de enfermeros, refieren realizarlo el 72%, el 28 % expresan no brindar apoyo emocional al paciente.

Otro estudio de tipo descriptivo transversal realizado por Romero Massa Elizabeth y cols. del 2013 titulado Cuidado Humanizado en Enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia con el objetivo de indagar sobre la percepción de cuidado humanizado y factores relacionados en pacientes hospitalizados en una institución de tercer y cuarto nivel de atención, considerando la opinión de los pacientes como indicador importante de la calidad de la atención por parte del personal de Enfermería donde se utilizaron dos encuestas; una que evaluó aspectos sociodemográficos y como instrumento el cuestionario Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) a 132 pacientes hospitalizados.

Obteniendo como resultados que la percepción global del cuidado humanizado de enfermería fue evaluado en un 55.3% como excelente, un 35% bueno, 7.9 % regular y 7.9% malo.

En el estudio realizado por Guzmán Tello Socorro en el 2013 titulado El Cuidado Humanizado en la formación del Estudiante de Enfermería según la teoría de Jean

Watson-Chiclayo, Perú, de tipo cualitativo que tuvo como objetivo describir e identificar los problemas y causas que pueden

En el estudio titulado Calidad de Cuidados Humanizados que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco en 2016 realizado por Casimiro Torres Zaira de tipo transversal comparativo donde la muestra estuvo conformada por 72 profesionales de Enfermería de los diferentes servicios de hospitalización a quienes se les aplicó el “Caring Efficacy Scale (CES) con el objetivo de determinar el nivel de calidad de Cuidados Humanizados que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización.

Cuyos resultados fueron respecto al nivel de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería según percepción del propio profesional se hallaron que un 48.6% perciben como bueno o favorable sus cuidados, seguido de una calidad de cuidados deficientes con un 36.1%. Un 15.3% se perciben como regular sus cuidados humanizados.

En otro estudio realizado por Joven Beltrán Zuli Milena en 2017 de tipo descriptivo-cuantitativo titulado percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería cuyo objetivo fue describir la percepción del paciente crítico adulto frente al cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería en una UCI donde la muestra fue de 55 pacientes a quienes se les aplicó el instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería (PCHE).

Obteniendo como resultados que los pacientes hospitalizados perciben un cuidado humanizado en relación con: la priorización del cuidado, las características de las enfermeras y sus cualidades del hacer, sin embargo un pequeño porcentaje puede percibir en menor grado aspectos como: dar apoyo emocional y proactividad, empatía, sentimientos del paciente y disponibilidad para la atención.

VIII. Metodología.

Diseño: Investigación Cuantitativa de tipo Descriptiva transversal

Universo: Profesionales de Enfermería de una Institución de Tercer Nivel de Atención. 539 enfermeras (os) 2016.

Población: 152 Licenciados de Enfermería de una Institución de Tercer Nivel de Atención.

Muestra: Se realizó una muestra por conveniencia para la investigación; por lo que la muestra se constituyó por 50 Licenciados en Enfermería.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- ✓ Ser licenciado en enfermería
- ✓ Haber culminado sus estudios de licenciatura en un lapso menor de 10 años (2007 – 2017)
- ✓ Turno Matutino, vespertino; nocturno guardia A y Guardia B

Exclusión:

- ✗ Tener un grado inferior o superior de formación al nivel licenciatura
- ✗ Haber culminado sus estudios de licenciatura en un lapso mayor a 10 años.
- ✗ Los que se rehúsen a participar

Eliminación:

- Participantes que hayan contestado de manera incompleta el cuestionarios

8.1 Hipótesis

La relación existente entre el conocimiento teórico sobre el Cuidado Humanizado no tendrá un impacto negativo sobre la percepción de autoeficacia en la aplicación del mismo sobre la atención de las personas que se encuentra bajo el cuidado del

profesional de enfermería.

8.2 Variables

8.2.1 Variable independiente: Licenciados en Enfermería

8.2.2 Variable dependiente: Instrumento de Conocimiento y percepción de autoeficacia del Cuidado Humanizado

8.3 Recolección de Datos

La técnica de recolección utilizada fue la entrevista y el instrumento “Conocimiento y percepción de autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado” fue un cuestionario para medir el Nivel de Autoeficacia Creado por Bernal Becerril Martha Lilia y Ponce Gómez Gandhi el cual fue adaptó para la presente investigación por González Martínez Victor Manuel, Soto Mayor Sánchez Sandra y Vilchis Mínguela Citlali Anel.

8.4 Instrumento de Medición:

Nivel de autoeficacia (adaptación de la escala de autoeficacia generalizada)

Descripción.

El cuestionario a emplear se encuentra conformado por preguntas abiertas y cerradas y consta de tres partes:

- La primera solicita datos sociodemográficos (edad, sexo, año en que termino la carrera, turno y piso donde labora)
- La segunda parte evalúa el nivel de conocimientos del cuidado humanizado con 15 ítems cerrados, de opción múltiple elaborado para la presente investigación.

- La tercera parte, evalúa la percepción de autoeficacia para la aplicación del Cuidado humanizado, para lo cual se retoma y adapta la escala de Autoeficacia Generalizada de Albert Bandura (1993) de acuerdo con el objetivo del presente proyecto (28 ítems cerrados). La escala utilizada para medir la actitud de autoeficacia es tipo Likert con valores que van del 5 al 1 (desde completamente seguro de poder hacerlo, seguro de poder hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, apenas cierto de poder hacerlo y no puedo hacerlo). Esta sección contiene tres dimensiones que corresponden a:
 - I) Percepción de autoeficacia para brindar Cuidado Humanizado., que incluye autoeficacia para la aplicación del Cuidado Humanizado autoeficacia en la valoración y elaboración de diagnósticos, autoeficacia en la planificación, autoeficacia en la ejecución y autoeficacia en la evaluación (20 ítems con un valor total de 100 puntos).
 - II) Persuasión Verbal y Trabajar sobre Éxitos (4 ítems, valor total 20 puntos).
 - III) Modelaje Vicario (4 ítems, valor total 20 puntos).

Cuantificación de respuestas.

El nivel de conocimientos está determinado por 15 ítems, donde su suma total de transforma a un índice numérico con escala de 1 a 10, tal como se asignan calificaciones para evaluar rendimiento académico. Su interpretación se traduce de la siguiente forma:

1.0 2.0	2.1 4.0	4.1 6.0	6.1 8.0	8.1 10
No identifica el concepto y sus etapas	No identifica claramente el concepto y sus etapas	Identifica relativamente el concepto y sus etapas	Identifica suficientemente el concepto y sus etapas.	Identifica ampliamente el concepto y sus etapas

Para la interpretación de la escala de Autoeficacia percibida, se deberá tener en cuenta que la suma total de los puntajes obtenidos, dando lugar al índice general de Autoeficacia Percibida ubicado en un cuadro propuesto por Albert Bandura para medición de la Autoeficacia Generalizada, con los que se identifica la necesidad de mejorar los mecanismos fundamentales de tal constructo:

1 20	21 40	41 60	61 80	81 100
No puedo hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Completamente seguro de poder hacerlo

En el caso de la interpretación de los ítems que evalúan Persuasión Verbal y Trabajar sobre Éxitos (4 ítems, valor total 20 puntos); así como la evaluación del Modelaje Vicario (4 ítems, valor total 20 puntos); se considera que:

1 20	21 40	41 60	61 80	81 100
Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Confiabilidad y validez.

A la aplicación del instrumento en la población de 20 profesionales de enfermería, la prueba de confiabilidad alcanzó un índice de .827; por lo que los resultados son considerados confiables en cuanto a la consistencia interna de los ítems del instrumento aplicado.

8.5 Criterios éticos de la investigación

Beauchamp y Childress (1979) profundizaron en los tres principios generales de la ética de la investigación formulados en el informe de Belmont, modificando el principio de respeto por las personas, por el principio de respeto a la autonomía, añadiéndole el principio de “no maleficencia” y ampliando el campo de acción de los principios que ya no se limitan solo a la investigación sino a toda la actividad biomédica. Los cuatro principios se formularon así: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- **Autonomía**

El término autonomía contiene muchos aspectos: la palabra deriva del griego autos – propio– y nomos –regla–, autoridad, ley. Existe el consenso de que tiene dos condiciones generales:

Libertad; actuar independientemente de las influencias que pretenden controlar

Ser agente: tener la capacidad de actuar intencionalmente.

Es importante tomar en cuenta que las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros y que concretamente la obligación positiva de ser respetuoso ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas.

El elemento informativo es la exposición de la información necesaria, la cual debe ser comprendida y el consentimiento hace referencia a la decisión voluntaria de someterse o no a una intervención. Se considera que tiene dos significados generales: el primero se refiere a que el investigador debe solicitar, “pedir permiso” y el individuo-paciente no solo debe aceptar y cumplir una propuesta de intervención, sino además, dar su autorización mediante un consentimiento informado y voluntario.

- **Beneficencia**

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en los ensayos clínicos; se deberá alcanzar que los riesgos sean mínimos asociados a los máximos beneficios que se conseguirán.

Según los autores implica simplemente abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño. Los autores dirigen el análisis principalmente a los actos que buscan, causan, permiten o exponen al riesgo de muerte.

- **Justicia**

Cuando asociamos principio de justicia con la investigación científica, podemos aseverar que lo justo se identifica con lo bueno y lo correcto: Es esperado, por tanto, en este contexto que todas las personas sean beneficiadas con los resultados de los experimentos, que se realicen realmente en los grupos que se requiere investigar y que sólo se utilicen las poblaciones vulnerables cuando en éstas sean beneficiosas las consecuencias.

- **No maleficencia**

El principio de no maleficencia "obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento" y pretende no dañar al paciente, lo que obligaría moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación.

Beauchamp y Childress definieron el principio de beneficencia "como la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar en beneficio de los demás"

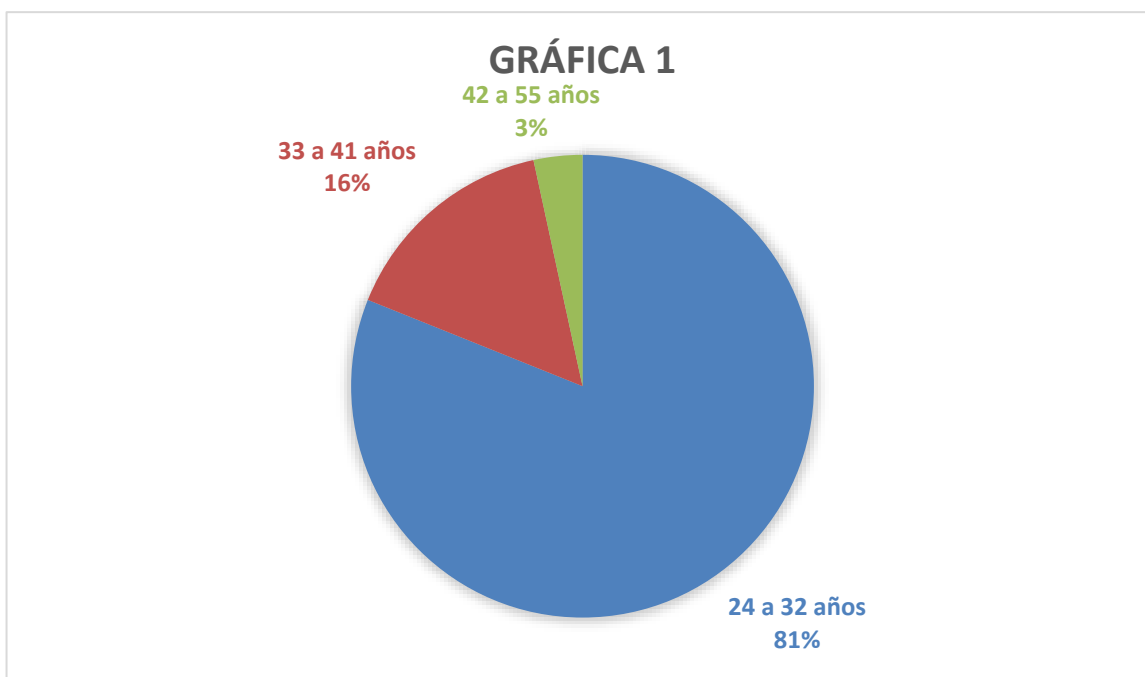
8.6 Análisis de Datos.

Para dicho análisis se recurrió a la estadística descriptiva; creando una base de datos en el paquete estadístico SPSS Vr. 21.0 en donde se digitalizaron todas las respuestas de cada instrumento; el cual facilita describir las opiniones respecto a cada uno de los ítems del instrumento.

VIII. Resultados

Tabla 1. Grupos de edad

Grupos de edad	Frecuencia	%
24-32 años	47	81
33-41 años	9	16
42 - 55 años	2	3
Total	58	100.0

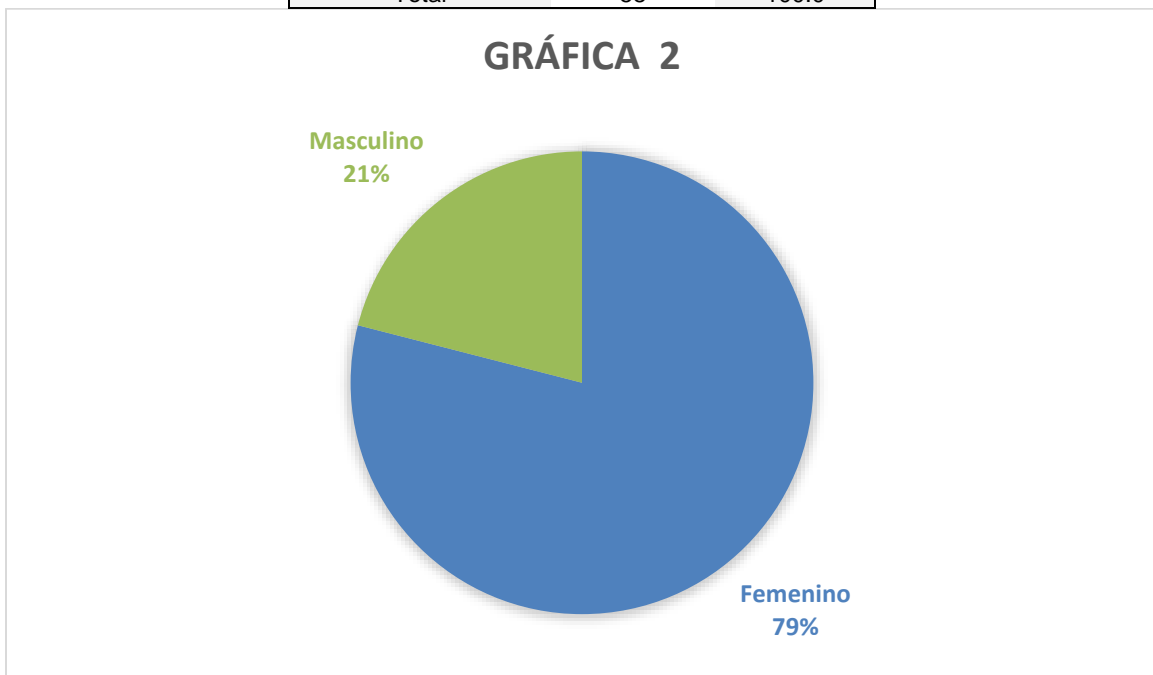


Gráfica 1. Fuente Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

Se puede observar con los datos anteriores que el grupo de edad predominante es el de 24 a 32 años con un porcentaje del 81% del total de los participantes; siendo el grupo siguiente de 33 a 41 años con un porcentaje del 16% y por último el grupo de 42 a 55 años con el 3%. Por lo cual podemos concluir que la mayoría de los participantes se encuentra en la Etapa de Adulto Joven.

Tabla 2 Sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	46	79
Masculino	12	21
Total	58	100.0

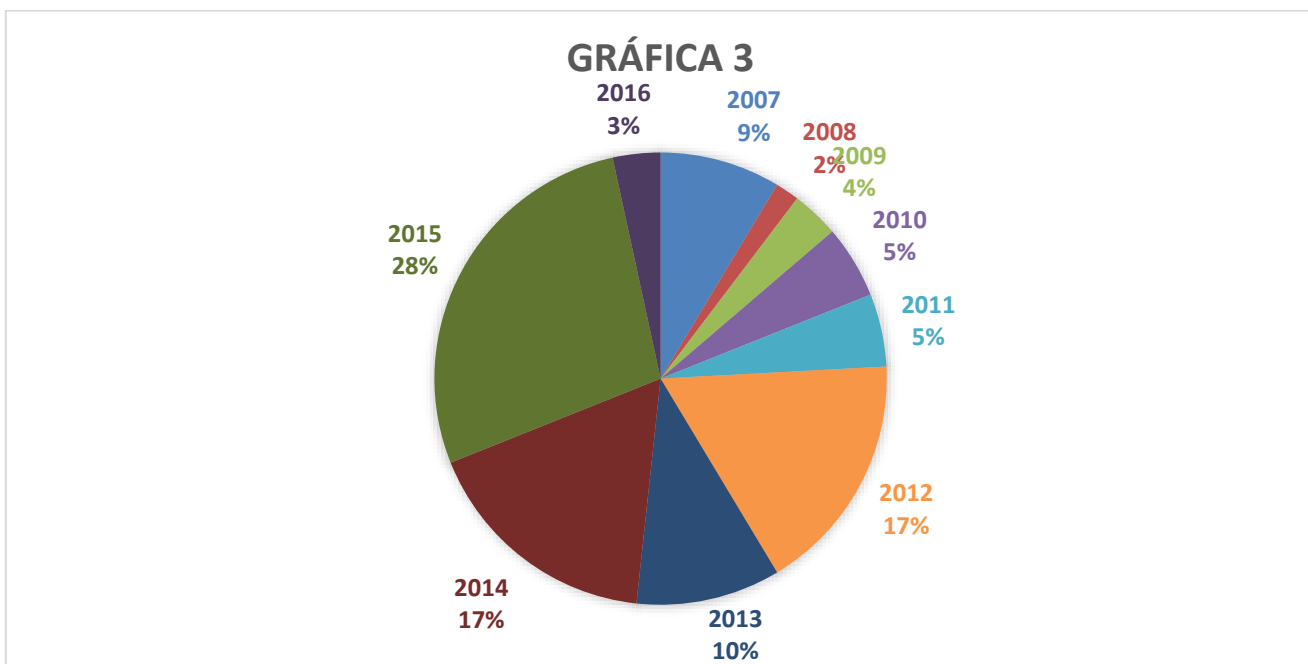


Gráfica 2. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Podemos observar que el sexo predominante es el femenino con un 79% sobre un 21% del sexo masculino; lo que nos dice que enfermería sigue siendo una profesión con mayor presencia del sexo femenino.

Tabla 3. Años de término de la carrera

Año de término de la carrera	Frecuencia	%
2007	5	9
2008	1	2
2009	2	4
2010	3	5
2011	3	5
2012	10	17
2013	6	10
2014	10	17
2015	16	28
2016	2	3
Total	58	100.0

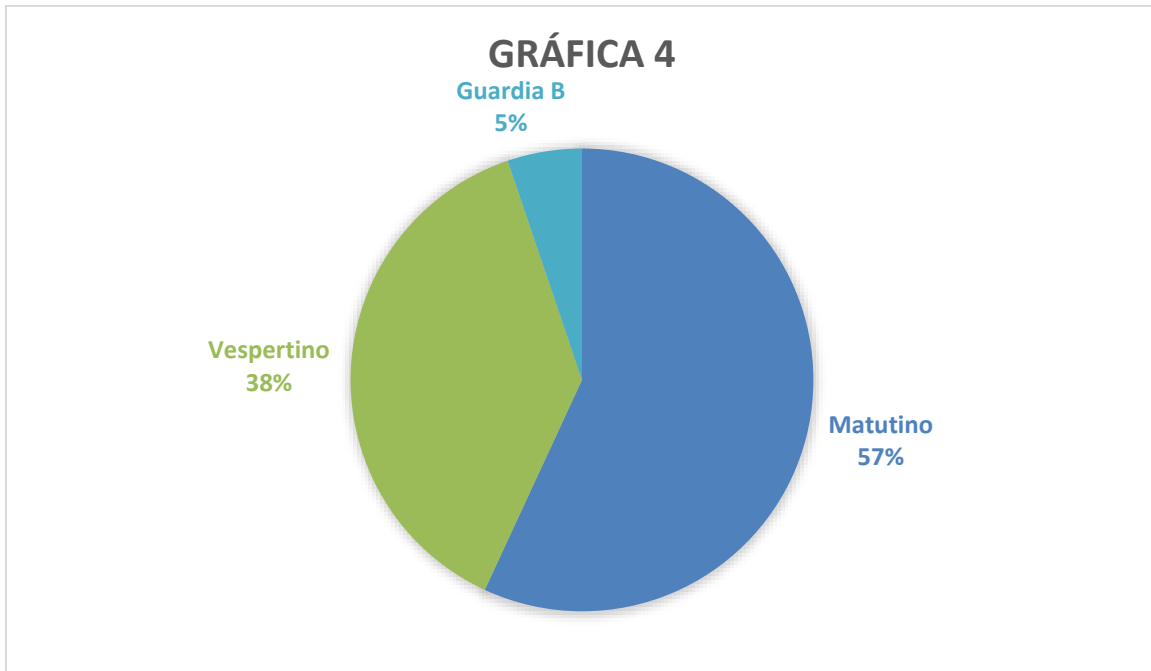


Gráfica 3. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 28% de los participantes egresaron en el año 2015, en el 2012 y 2014 egresaron 17% en cada año formando entre los tres grupos el 62% de la población participante en el estudio lo cual nos dice que la mayoría de los Licenciados en enfermería concluyeron sus estudios de licenciatura hace apenas 5 años.

Tabla 4. Turno

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	33	57
Vespertino	22	38
Guardia B	3	5
Total	58	100.0



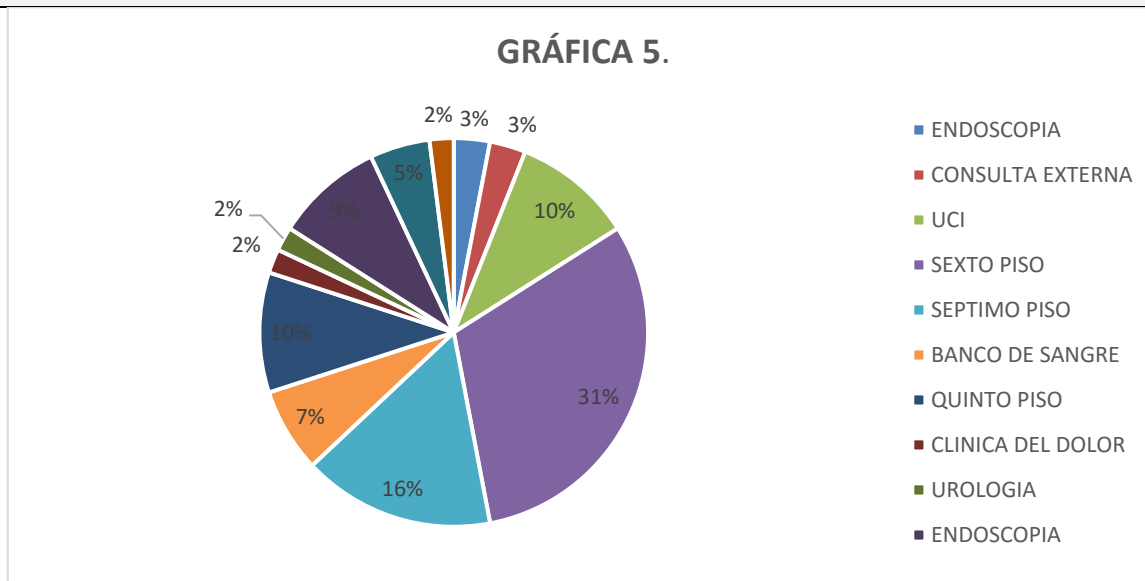
Gráfica 4. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

El 57% de Los licenciados en Enfermería que participaron dentro del estudio se encontraron dentro del turno matutino el, 38% dentro del turno vespertino y un 5% dentro del turno Nocturno de la Guardia B, lo cual nos indica que la mayoría de los licenciados en enfermería se encuentran distribuidos dentro de los servicios del turno matutino.

Tabla 5. Servicio

Servicio	Frecuencia	%
ENDOSCOPIA	2	3

CONSULTA EXTERNA	2	3
UCI	6	10
SEXTO PISO	18	31
SEPTIMO PISO	9	16
BANCO DE SANGRE	4	7
QUINTO PISO	6	10
CLINICA DEL DOLOR	1	2
UROLOGIA	1	2
ENDOSCOPIA	5	9
QX	3	5
ETI	1	2
Total	58	100



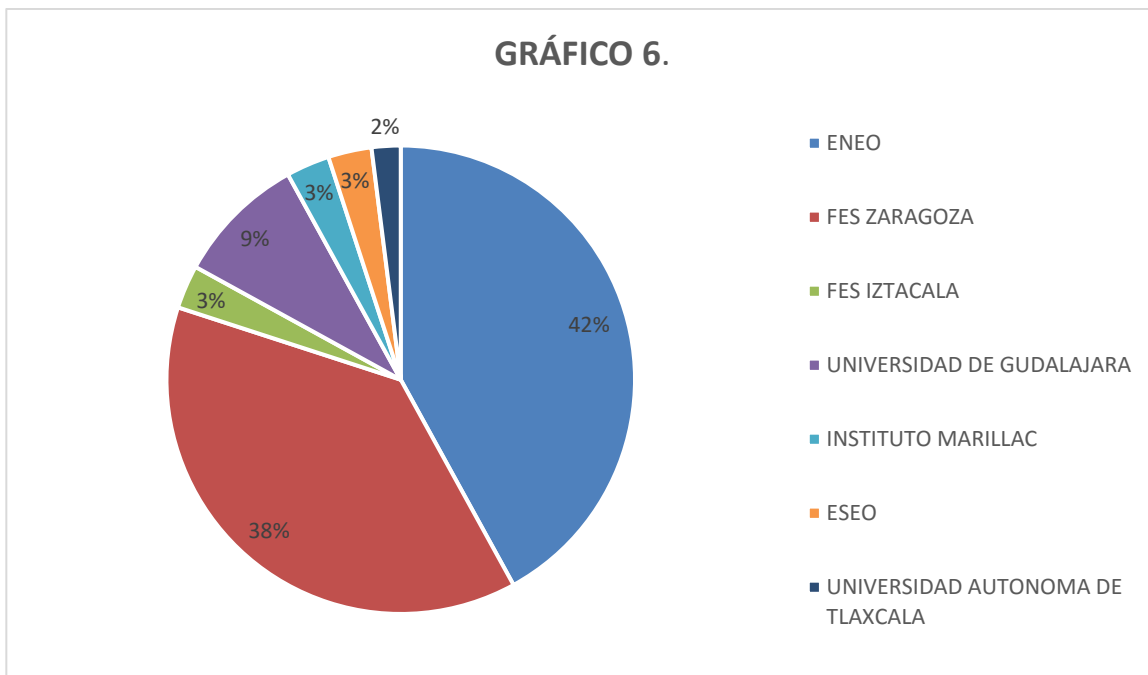
Gráfica 5. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

El 31% de los participantes se encontró dentro del servicio de hospitalización del sexto piso, un 16% dentro del servicio de hospitalización del séptimo piso y con un 10% en los servicios de UCI y 5 piso de hospitalización formando entre estos grupos el 67% de la población total lo cual refleja que dicha población se encuentra en continuo contacto con la persona cuidada.

Tabla 6. Escuela

Escuela	Frecuencia	%
ENEO	24	42

FES ZARAGOZA	22	38
FES IZTACALA	2	3
UNIVERSIDAD DE GUDALAJARA	5	9
INSTITUTO MARILLAC	2	3
ESEO	2	3
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TLAXCALA	1	2
Total	58	100.0



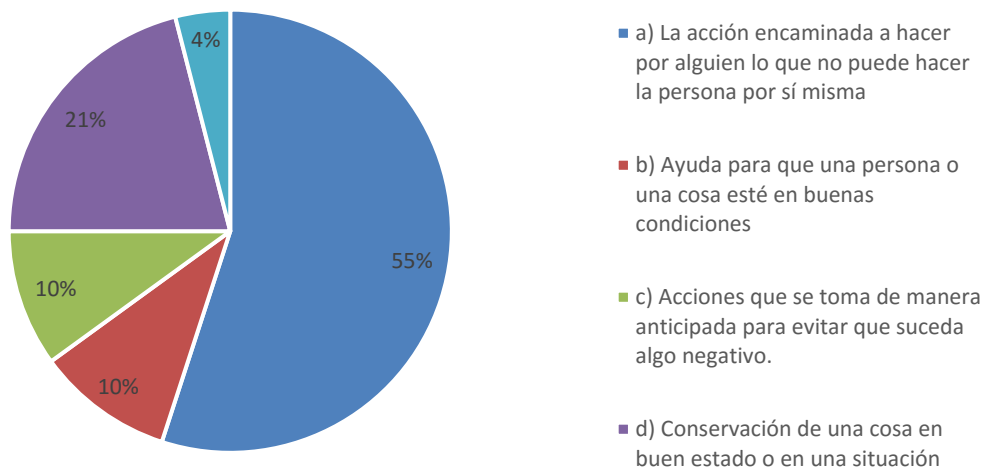
Gráfica 6. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 42% de los Licenciados en enfermería son Egresados de La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el 38% egresados de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza formando el 80% de la población total, lo que refleja que en la institución predominan los licenciados egresados de estas dos Escuelas.

Tabla 7. “Definición de cuidado”

Definición de cuidado	Frecuencia	%
a) La acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí misma	32	55
b) Ayuda para que una persona o una cosa esté en buenas condiciones	6	10
c) Acciones que se toma de manera anticipada para evitar que suceda algo negativo.	6	10
d) Conservación de una cosa en buen estado o en una situación determinada para evitar su degradación.	12	21
No sé	2	4
Total	58	100.0

GRÁFICA 7.

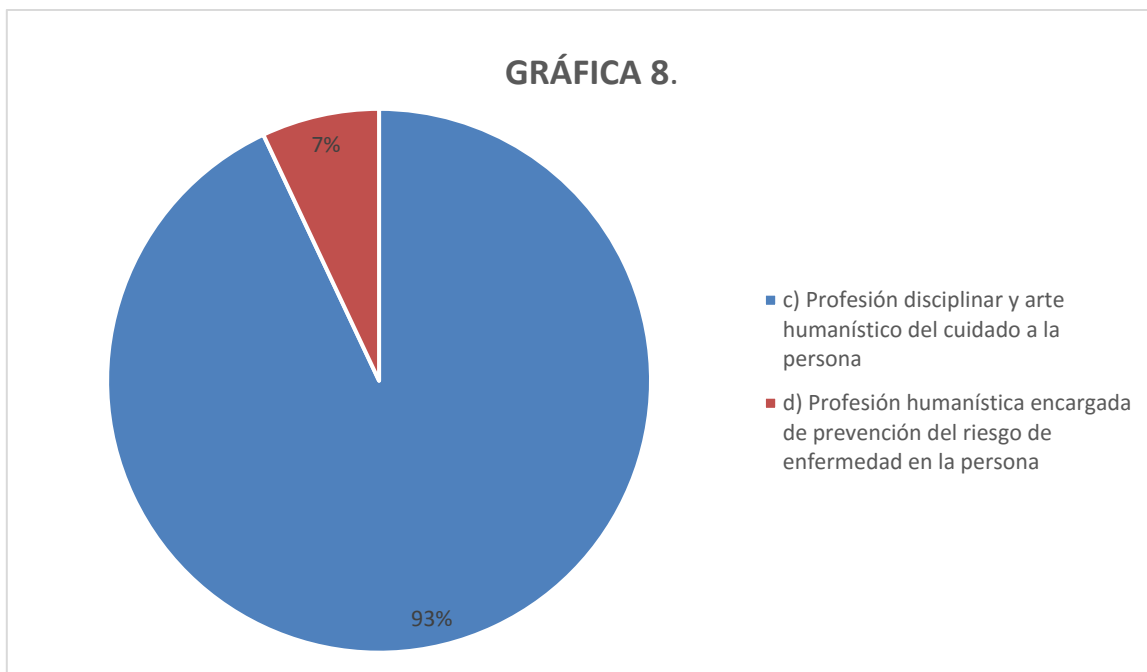


Gráfica 7. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

Dentro del gráfico se identifica que el 55% de los participantes logra identificar la definición del cuidado contestando correctamente la pregunta planteada dentro del instrumento y el 45% desconoce la definición del cuidado contestando de manera errónea, identificando que no existe una correcta comprensión del objeto de estudio de enfermería.

Tabla 8. Definición de enfermería

Definición de enfermería	Frecuencia	%
c) Profesión disciplinar y arte humanístico del cuidado a la persona	54	93
d) Profesión humanística encargada de prevención del riesgo de enfermedad en la persona	4	7
Total	58	100.0

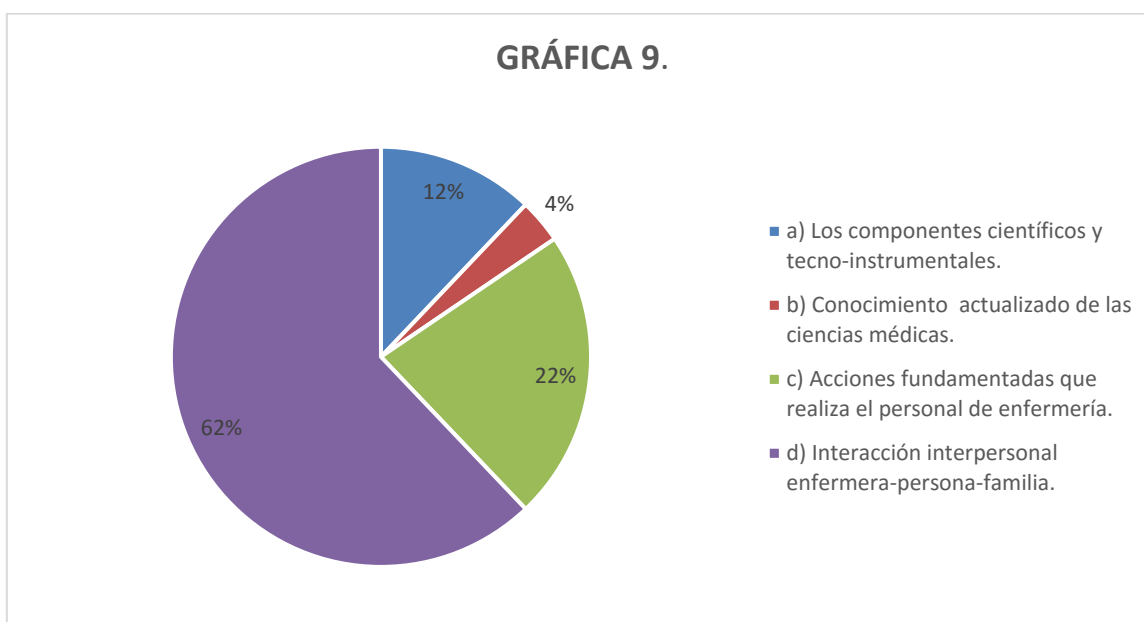


Gráfica 8. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 93% de los Licenciados en enfermería es capaz de identificar correctamente la definición de enfermería mientras que el 7% restante identifica de manera parcial esta definición ya que confunden las actividades a realizar dentro de enfermería con la definición.

Tabla 9. Base del cuidado humanizado.

Base del cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Los componentes científicos y tecno-instrumentales.	7	12
b) Conocimiento actualizado de las ciencias médicas.	2	4
c) Acciones fundamentadas que realiza el personal de enfermería.	13	22
d) Interacción interpersonal enfermera-persona-familia.	36	62
Total	58	100.0

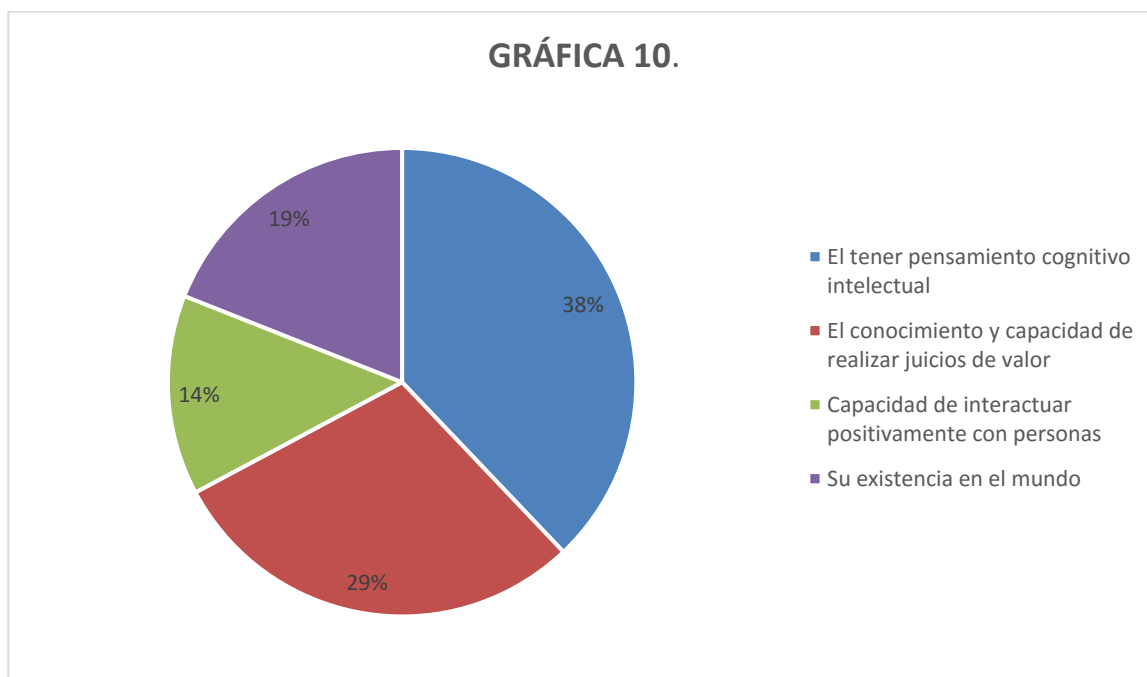


Gráfica 9. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 62% de la población del estudio identifica cual es la base del cuidado humanizado de manera correcta, en segundo lugar el 22% la opción que nos indica la respuesta C que nos hace referencia a las acciones que Enfermería realiza como lo son los procedimientos y tecnologías en la aplicación del cuidado.

Tabla 10. Atributos de ser persona.

Atributos que confieren la cualidad de ser persona a un individuo	Frecuencia	%
a) El tener pensamiento cognitivo intelectual.	22	38
b) El conocimiento y capacidad de realizar juicios de valor.	17	29
c) Capacidad de interactuar positivamente con otras personas	8	14
d) Su existencia en el mundo.	11	19
Total	58	100.0

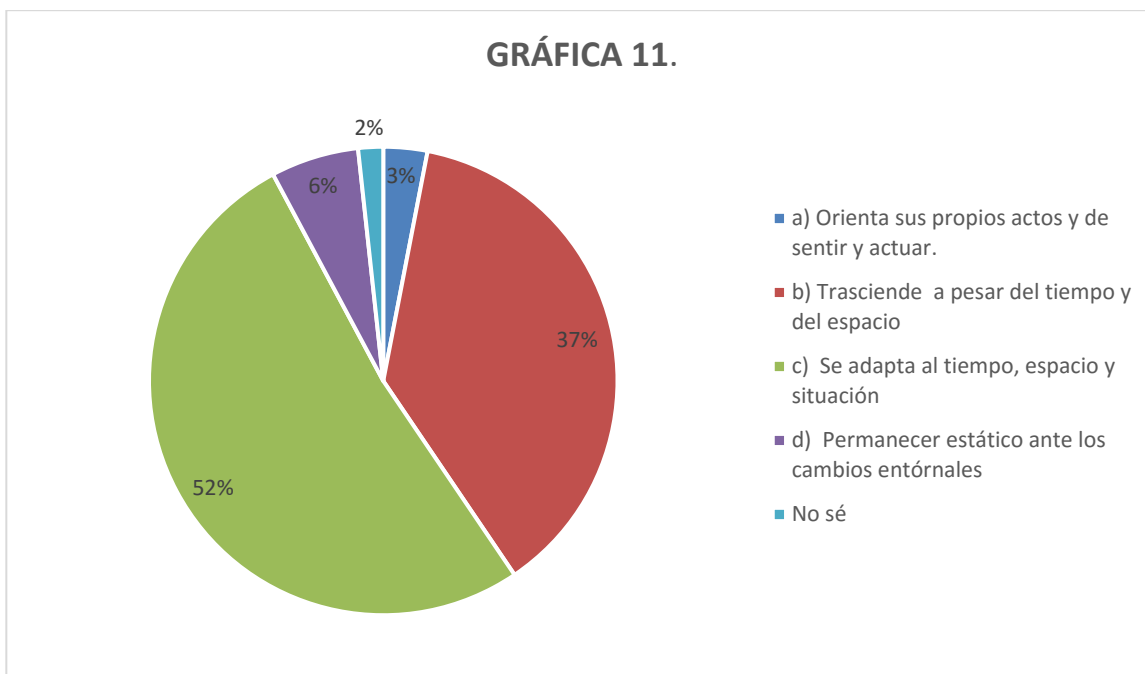


Gráfica 10. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

En la gráfica anterior encontramos que los profesionales de Enfermería no logran identificar correctamente los atributos que confieren la cualidad de ser persona al individuo ya que el 71% de los participantes contestó de manera errónea la pregunta siendo únicamente el 29% capaz de contestar correctamente.

Tabla 11. Persona intemporal

Persona intemporal	Frecuencia	%
a) Orienta sus propios actos y de sentir y actuar.	2	3
b) Trasciende a pesar del tiempo y del espacio	21	37
c) Se adapta al tiempo, espacio y situación	30	52
d) Permanecer estático ante los cambios entórnales	4	6
No sé	1	2
Total	58	100.0

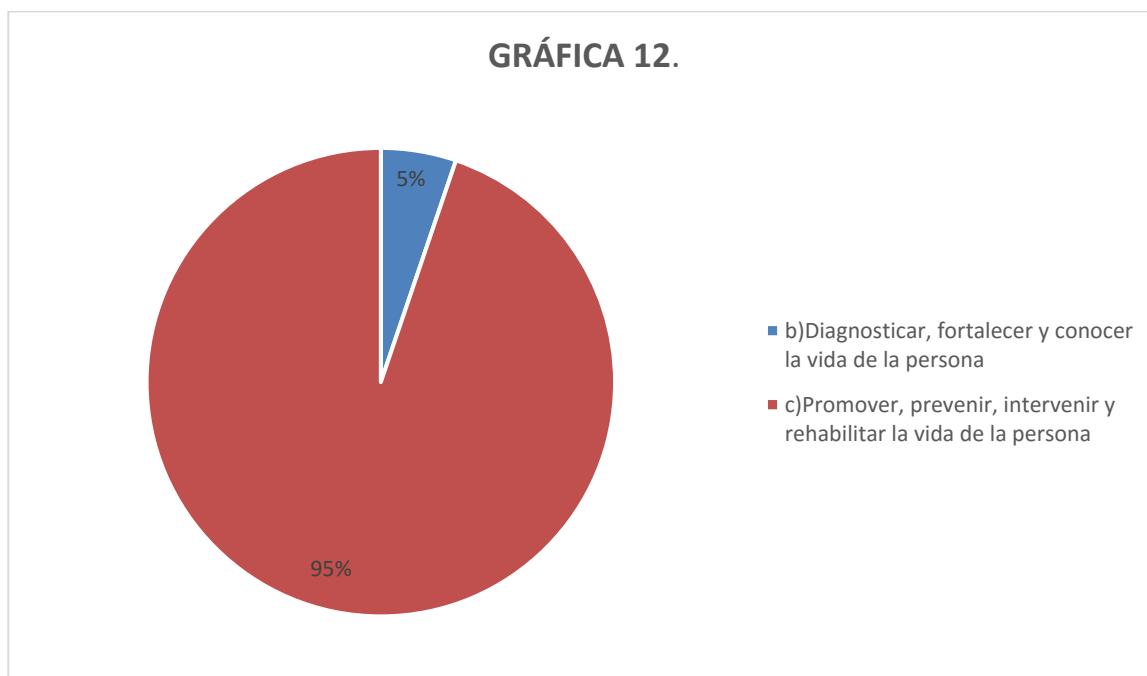


Gráfica 11. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Encontramos que el 37% de los Licenciados en enfermería fueron capaces de identificar de manera acertada el por qué la persona se considera intemporal, siendo la mayoría de los participantes con un 63% los que no logran identificar el concepto de intemporalidad.

Tabla 12. Cuidado de Enfermería.

Cuidado de enfermería	Frecuencia	%
b)Diagnosticar, fortalecer y conocer la vida de la persona	3	5
c)Promover, prevenir, intervenir y rehabilitar la vida de la persona	55	95
Total	58	100.0

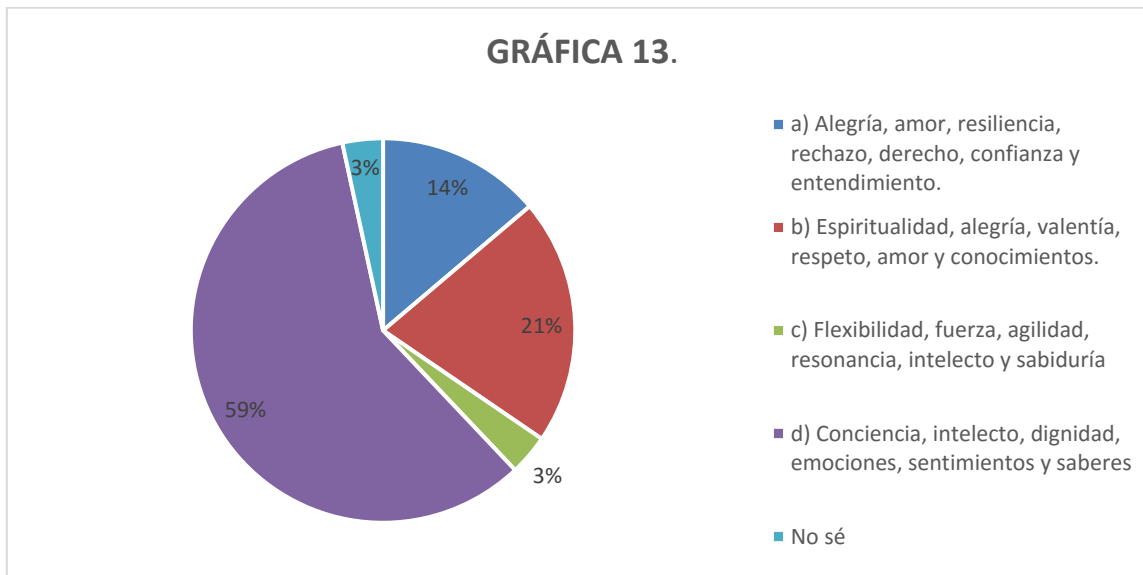


Gráfica 12. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Se observa que la mayoría de los profesionales de enfermería logro identificar lo que implica el cuidado de enfermería siendo el 95% de los participantes los que contestaron de manera correcta esta pregunta; siendo únicamente el 5% los que no logran identificar lo que implica el cuidado de enfermería.

Tabla 13. Atributos como parte del cuidado humanizado

Atributos como parte del cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Alegría, amor, resiliencia, rechazo, derecho, confianza y entendimiento.	8	14
b) Espiritualidad, alegría, valentía, respeto, amor y conocimientos.	12	21
c) Flexibilidad, fuerza, agilidad, resonancia, intelecto y sabiduría	2	3
d) Conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes	34	59
No sé	2	3
Total	58	100.0



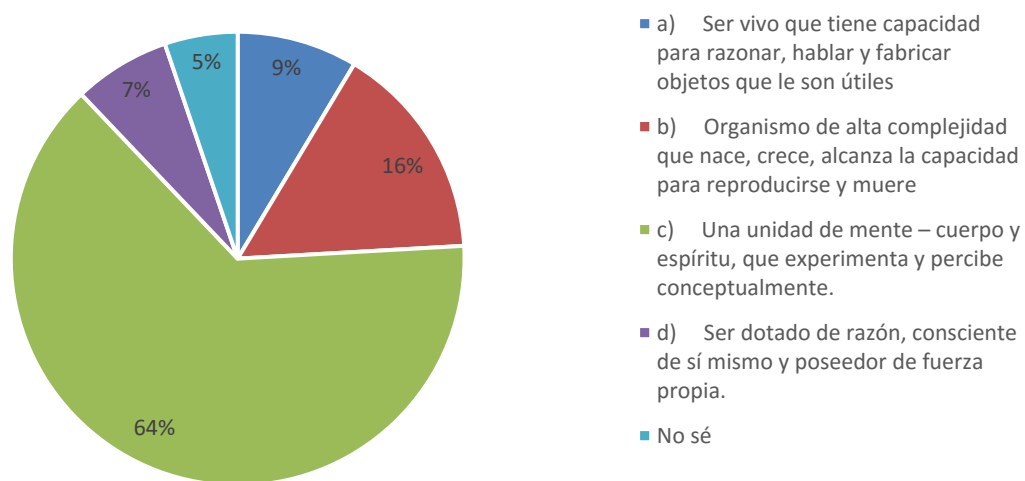
Gráfica 13. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Los profesionales de enfermería que son capaces de reconocer cuales son los atributos que forman parte del cuidado humanizado es el 59% de la población total existiendo en el 41% restante confusión entre los diferentes atributos.

Tabla 14. Persona desde el cuidado humanizado.

Persona desde el punto de vista del cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Ser vivo que tiene capacidad para razonar, hablar y fabricar objetos que le son útiles	5	9
b) Organismo de alta complejidad que nace, crece, alcanza la capacidad para reproducirse y muere	9	16
c) Una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente.	37	64
d) Ser dotado de razón, consciente de sí mismo y poseedor de fuerza propia.	4	7
No sé	3	5
Total	58	100.0

GRÁFICA 14.

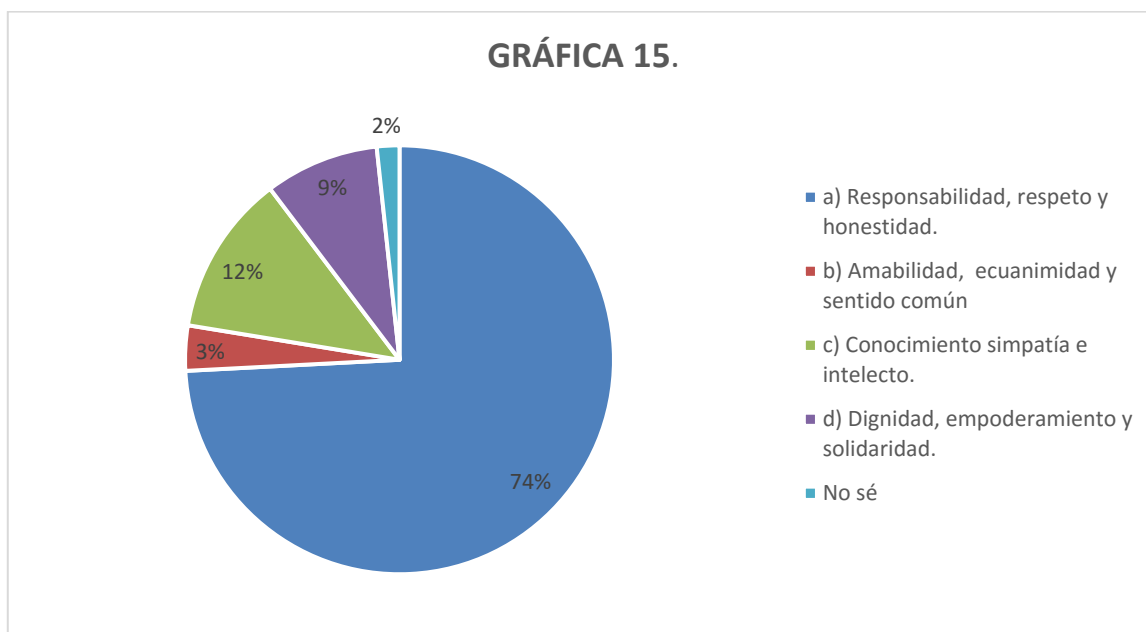


Gráfica 14. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

En el gráfico anterior interpretamos que el 64% de los licenciados en enfermería identifica de manera eficaz como el cuidado humanizado reconoce a la persona, llamándonos la atención que el segundo porcentaje de 16% se inclina por el aspecto biológico de la persona.

Tabla 15. Valores humanos.

Valores humanos	Frecuencia	%
a) Responsabilidad, respeto y honestidad.	43	74
b) Amabilidad, ecuanimidad y sentido común	2	3
c) Conocimiento simpatía e intelecto.	7	12
d) Dignidad, empoderamiento y solidaridad.	5	9
No sé	1	2
Total	58	100.0

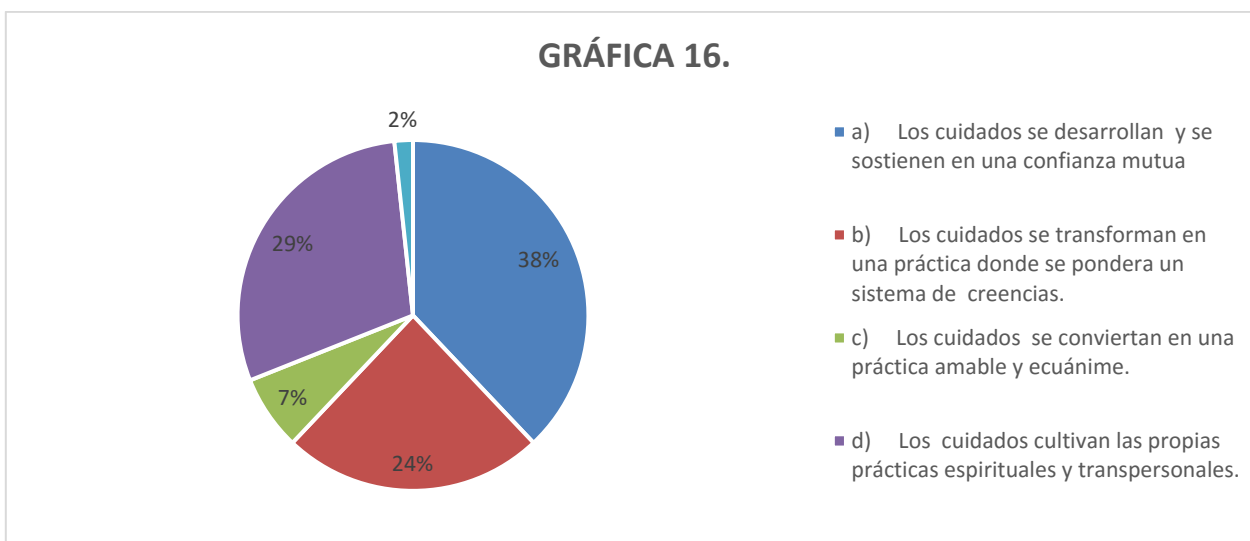


Gráfica 15. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico anterior representa que el 74% de los participantes identifica correctamente los valores humanos que se practican en el cuidado a la persona siendo el 26% restante profesional que no son capaces de reconocer estos valores.

Tabla 16. La fe y esperanza en el cuidado humanizado

Fe y esperanza	Frecuencia	%
a) Los cuidados se desarrollan y se sostienen en una confianza mutua	22	38
b) Los cuidados se transforman en una práctica donde se pondera un sistema de creencias.	14	24
c) Los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime.	4	7
d) Los cuidados cultivan las propias prácticas espirituales y transpersonales.	17	29
No sé	1	2
Total	58	100.0

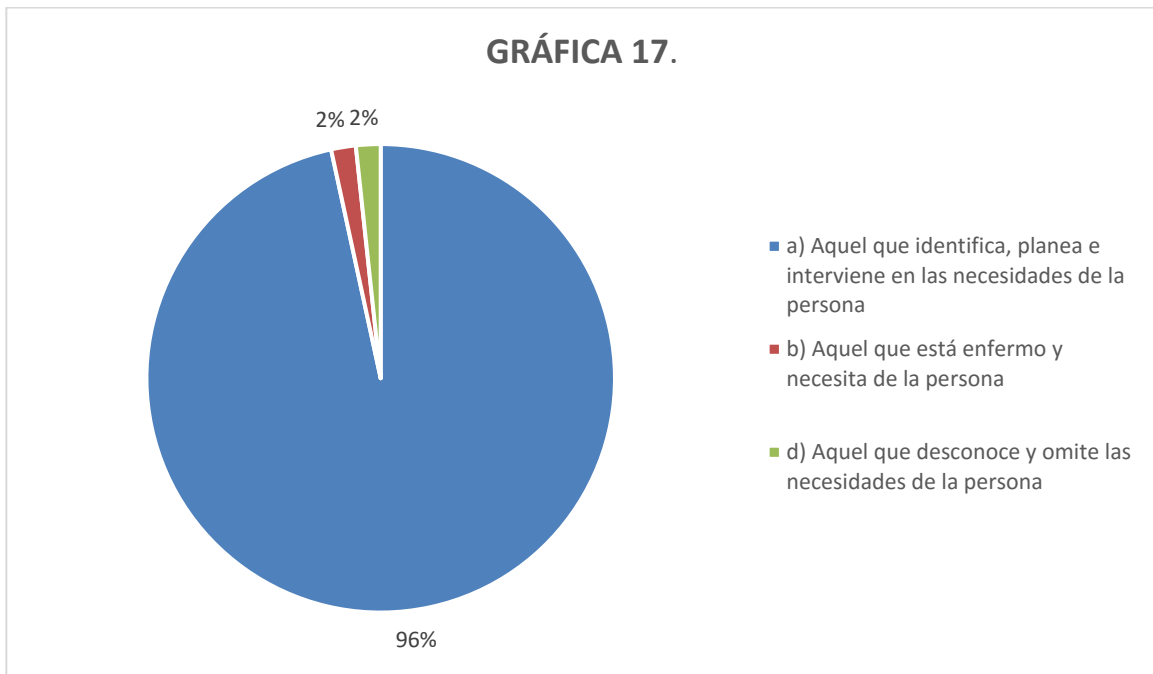


Gráfica 16. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico anterior demuestra que solo el 24% de la población participante identifica el momento en el que la fe y la esperanza se da en el cuidado humanizado, no existiendo una homogeneidad en las diferentes respuestas.

Tabla 17. Profesional de enfermería en el cuidado humanizado

Profesional de enfermería en el cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Aquel que identifica, planea e interviene en las necesidades de la persona	56	96
b) Aquel que está enfermo y necesita de la persona	1	2
d) Aquel que desconoce y omite las necesidades de la persona	1	2
Total	58	100.0

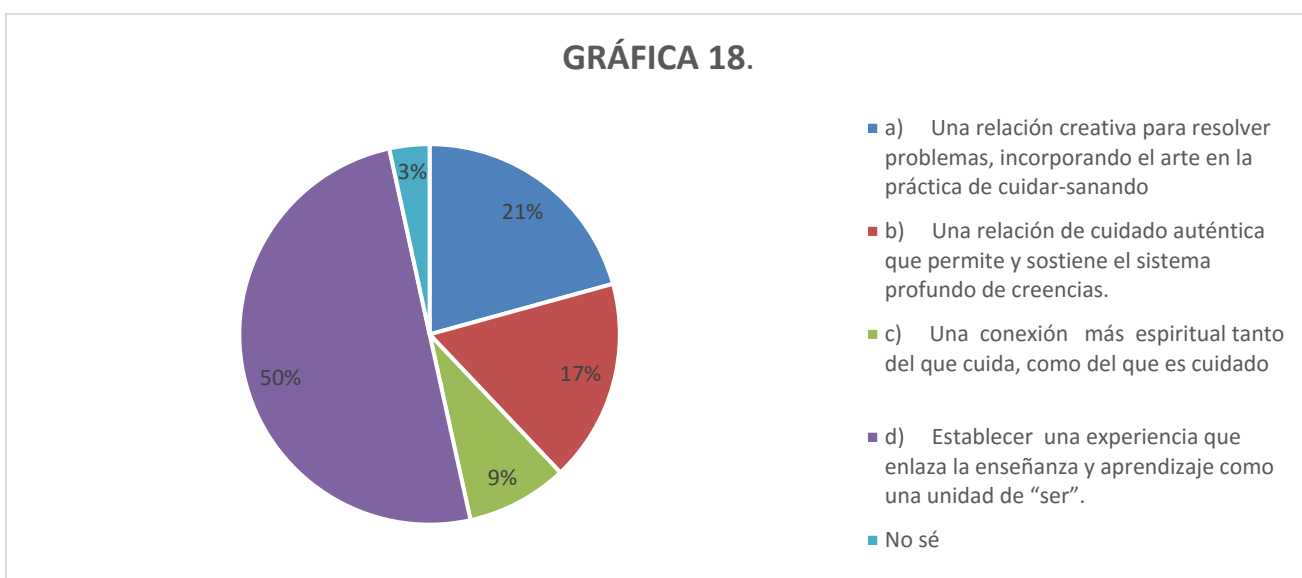


Gráfica 17. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Se demuestra en los resultados que el 96% de los enfermeros es capaz de identificar correctamente el rol del profesional de enfermería dentro del cuidado humanizado

Tabla 18. Al fomentar en la práctica de cuidado la expresión y aceptación de los sentimientos se logra

Expresión y aceptación de los sentimientos	Frecuencia	%
a) Una relación creativa para resolver problemas, incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando	12	21
b) Una relación de cuidado auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias.	10	17
c) Una conexión más espiritual tanto del que cuida, como del que es cuidado	5	9
d) Establecer una experiencia que enlaza la enseñanza y aprendizaje como una unidad de "ser".	29	50
No sé	2	3
Total	58	100.0

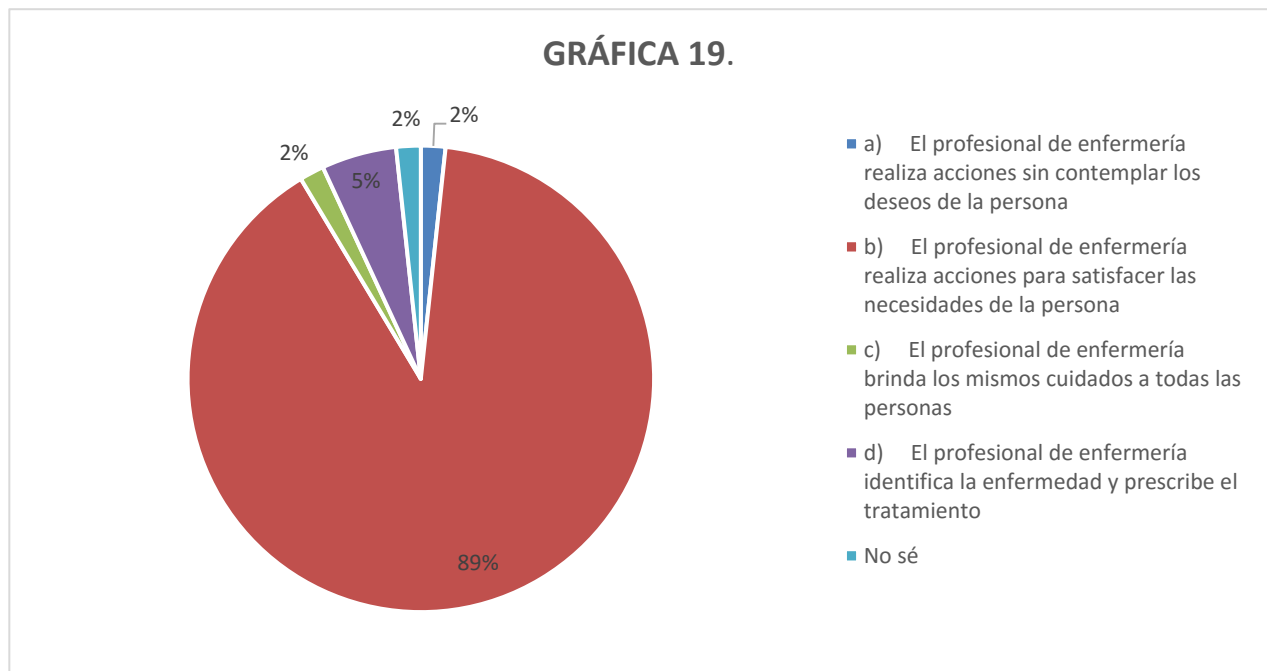


Gráfica 18. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Se identifica que existe un conocimiento mínimo sobre la expresión y aceptación de los sentimientos al brindar el cuidado humanizado ya que únicamente el 9% de los profesionales fue capaz de identificar correctamente el cuidado en el que se logra la aceptación e expresión de los sentimientos.

Tabla 19. El cuidado humanizado como proceso.

Cuidado humanizado como proceso	Frecuencia	%
a) El profesional de enfermería realiza acciones sin contemplar los deseos de la persona	1	2
b) El profesional de enfermería realiza acciones para satisfacer las necesidades de la persona	52	89
c) El profesional de enfermería brinda los mismos cuidados a todas las personas	1	2
d) El profesional de enfermería identifica la enfermedad y prescribe el tratamiento	3	5
No sé	1	2
Total	58	100.0



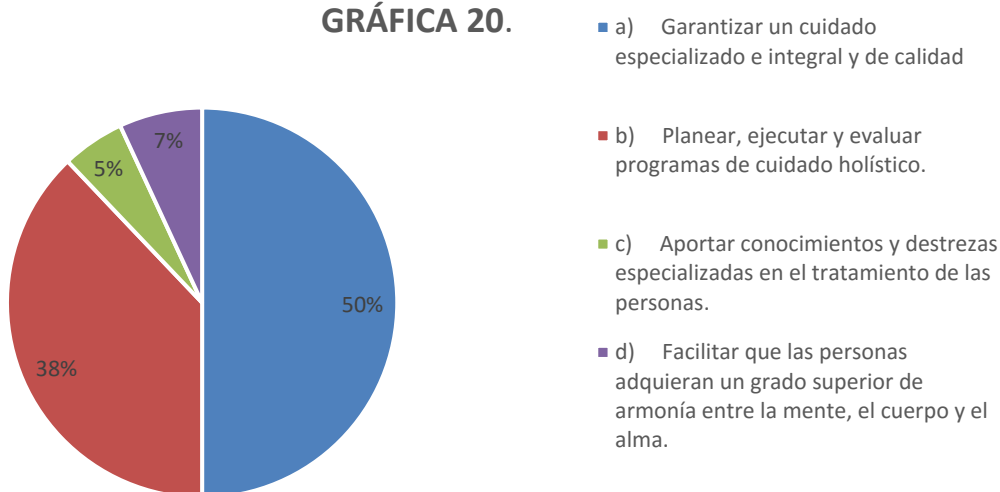
Gráfica 19. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

En este gráfico se demuestra que el 89% de los profesionales de enfermería identifica el cuidado humanizado como proceso de manera correcta, siendo únicamente el 11% restante quienes desconocen la respuesta correcta.

Tabla 20. Objetivo del cuidado humanizado.

Objetivo del cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Garantizar un cuidado especializado e integral y de calidad	29	50
b) Planear, ejecutar y evaluar programas de cuidado holístico.	22	38
c) Aportar conocimientos y destrezas especializadas en el tratamiento de las personas.	3	5
d) Facilitar que las personas adquieran un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma.	4	7
Total	58	100.0

GRÁFICA 20.



Gráfica 20. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

En este gráfico es notorio que los licenciados en enfermería desconocen el objetivo del cuidado humanizado ya que los únicos que fueron capaces de contestar correctamente fue el 7% de los participantes, siendo el 93% dominante con una respuesta errónea.

Tabla 21. El proceso de enfermería es

Proceso de enfermería	Frecuencia	%
a) Un método sistemático y organizado para proporcionar calidad de cuidados al individuo	57	98
No sé	1	2
Total	58	100.0

GRÁFICA 21.

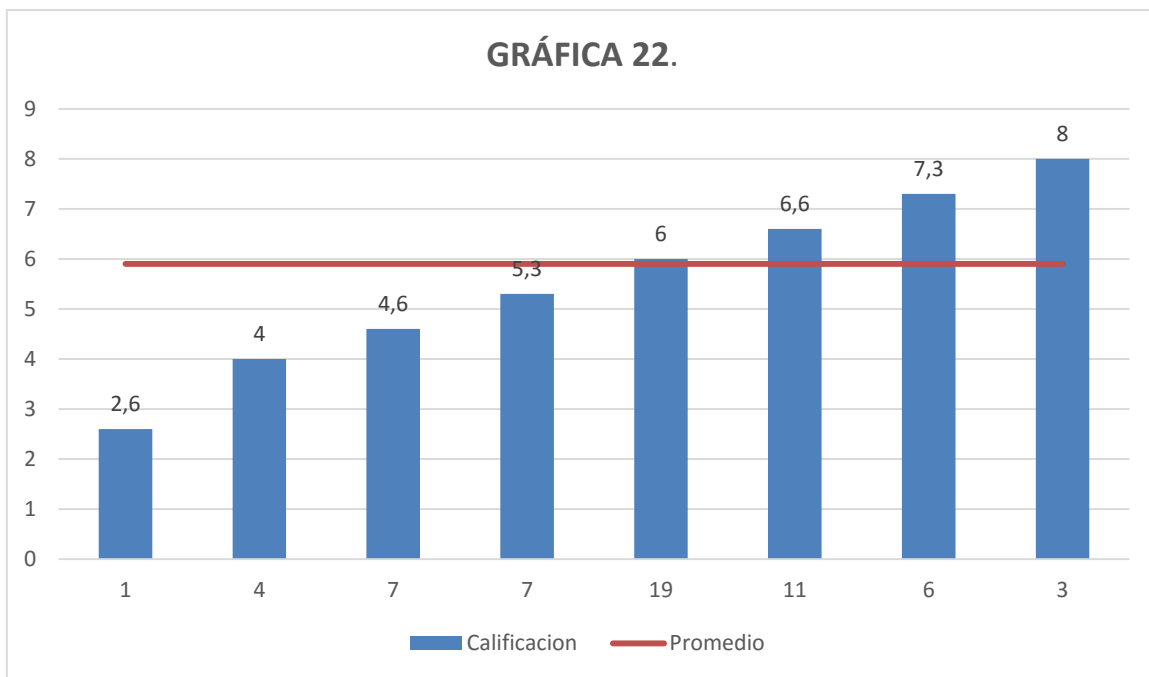


Gráfica 21. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico representa que el 98% de los participantes tiene un dominio pleno del concepto lo que es el proceso de atención de enfermería.

Tabla 22. Calificaciones y Promedio

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
2.6	1	2
4.0	4	7
4.6	7	12
5.3	7	12
6.0	19	33
6.6	11	19
7.3	6	10
8.0	3	5
Total	58	100.0

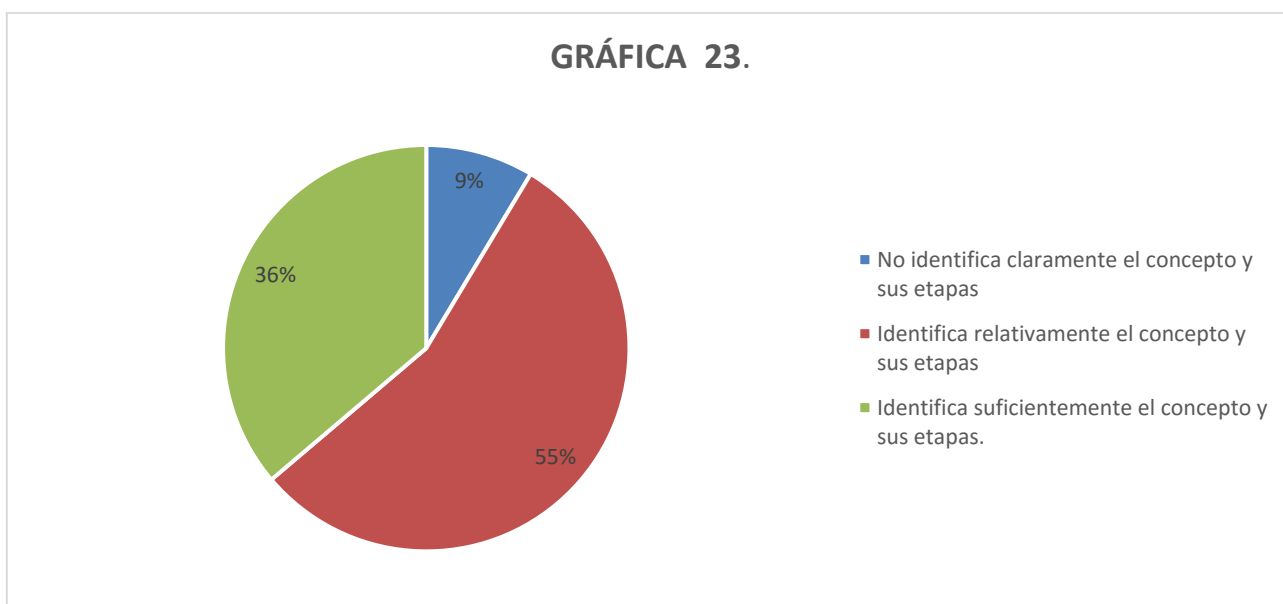


Gráfica 22. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

En el gráfico anterior notamos que las calificaciones predominantes son 6 y 6.6 con una frecuencia de 19 y 11 respectivamente con un promedio de 5.9.

Tabla 23. Clasificación del Conocimiento del Cuidado Humanizado

Clasificación del conocimiento	Frecuencia	%
No identifica claramente el concepto y sus etapas	5	9
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	32	55
Identifica suficientemente el concepto y sus etapas.	21	36
Total	58	100.0



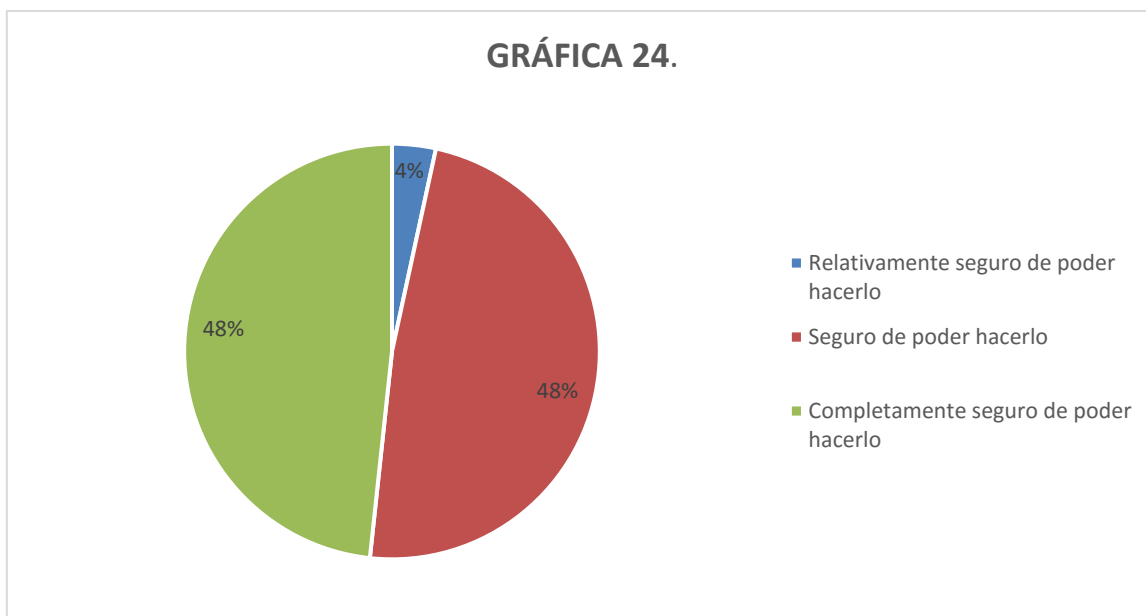
Gráfica 23. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico demuestra que la clasificación de los profesionales de enfermería domina la categoría de Identificar relativamente el concepto y sus etapas con un 55% de la población total en segundo lugar con un 36% se encuentra que Identifica suficientemente el concepto y sus etapas y por último el 9% representa que no identifican claramente el concepto y sus etapas.

Resultados del apartado de Autoeficacia.

Tabla 24. Hace más sencillo el resolver problemas de salud

Resolución de problemas	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	2	4
Seguro de poder hacerlo	28	48
Completamente seguro de poder hacerlo	28	48
Total	58	100.0

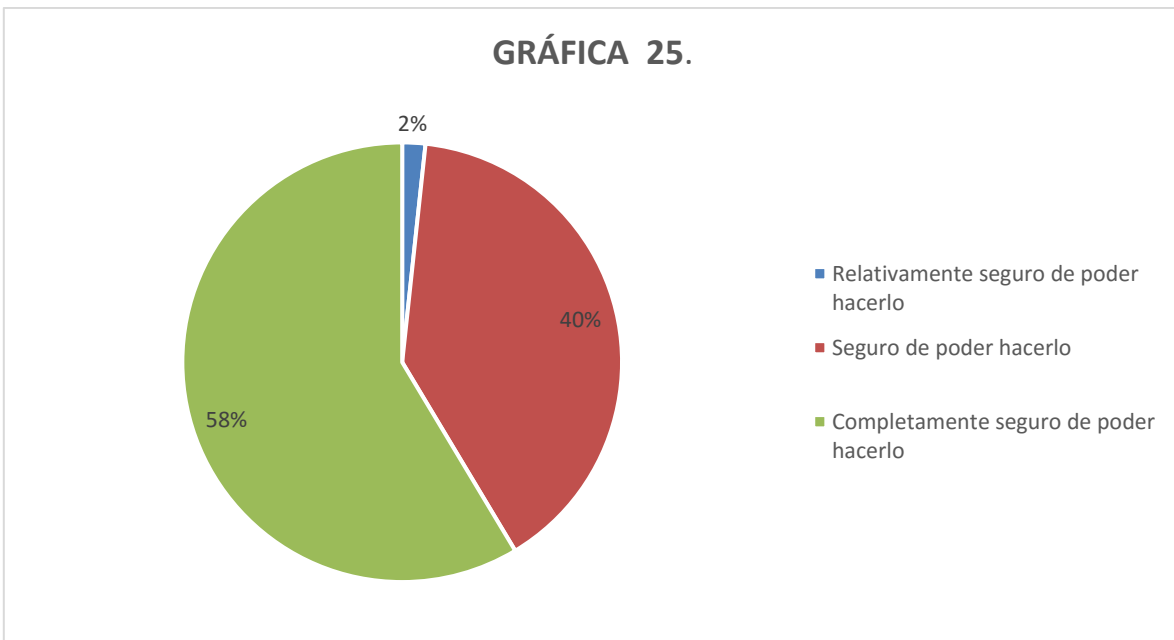


Gráfica 24. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Logramos observar que las categorías Seguro de poder hacerlo y Completamente seguro de poder hacerlo ambos tienen un porcentaje de 48% formando entre los dos el 96% de la población total demostrando que los licenciados en enfermería, se sienten capaces de resolver problemas de salud relacionadas con las personas bajo su cuidado mediante la implementación del cuidado humanizado.

Tabla25. Facilita alcanzar mis objetivos.

Facilita alcanzar objetivos	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	2
Seguro de poder hacerlo	23	40
Completamente seguro de poder hacerlo	34	58
Total	58	100.0

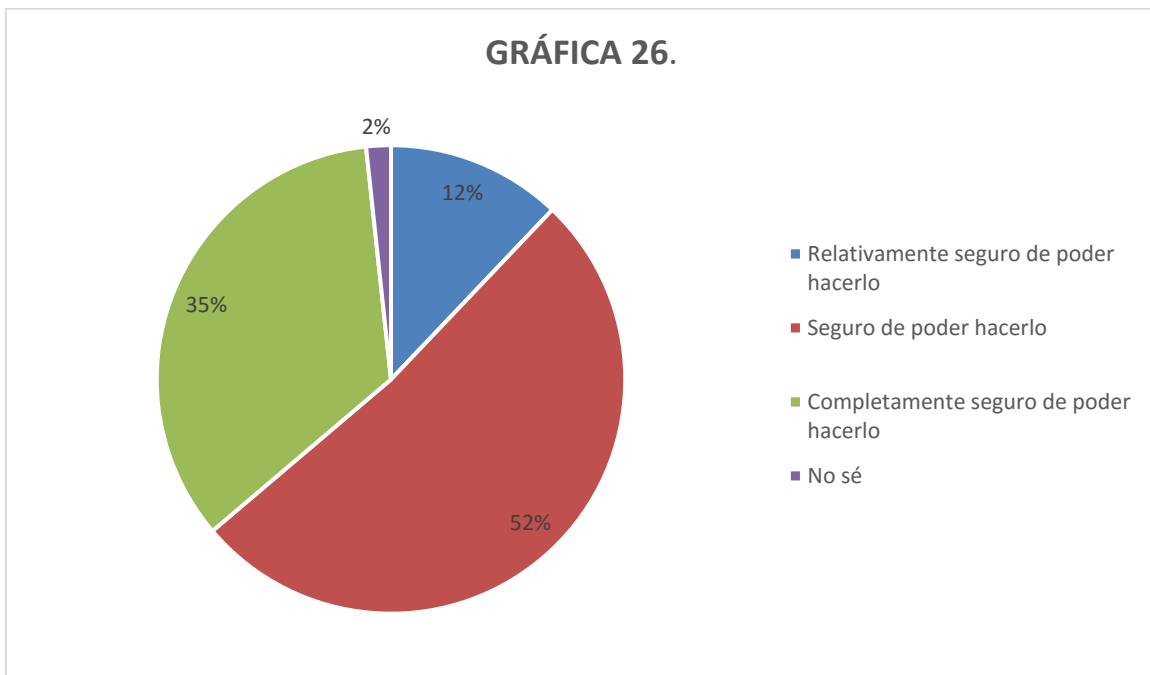


Gráfica 25. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

El gráfico demuestra que el 58% de los Licenciados en enfermería se sienten Completamente seguro de que con la implementación de cuidado humanizado facilita alcanzar objetivos planteados al cuidar a la persona el 40% Seguro de poder hacerlo y el 2% restante se siente relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 26. Manejo eficaz de situaciones inesperadas

Situaciones inesperadas	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	7	12
Seguro de poder hacerlo	30	52
Completamente seguro de poder hacerlo	20	35
No sé	1	2
Total	58	100.0

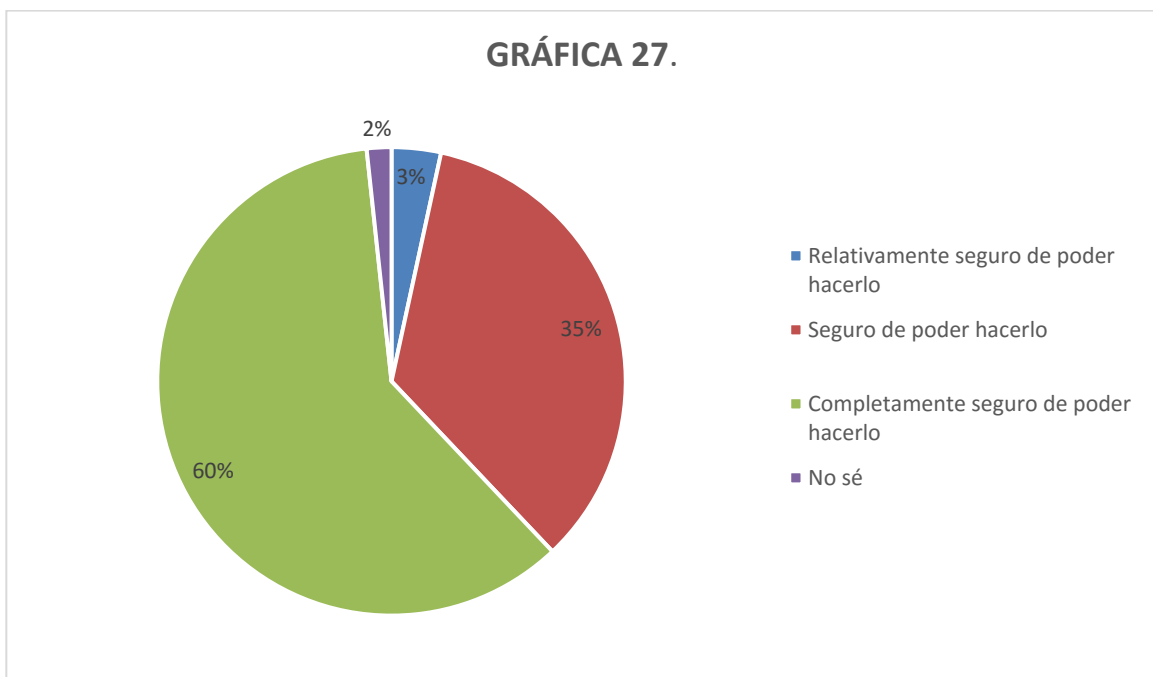


Gráfica 26. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 52% de los participantes se sienten seguros de manejar eficazmente situaciones que presente la persona mediante la implementación del cuidado humanizado; el 35% completamente seguro de poder hacerlo y 12% relativamente seguro de poder hacerlos.

Tabla 27. Realizar valoración.

Realizar valoración	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	2	3
Seguro de poder hacerlo	20	35
Completamente seguro de poder hacerlo	35	60
No sé	1	2
Total	58	100.0

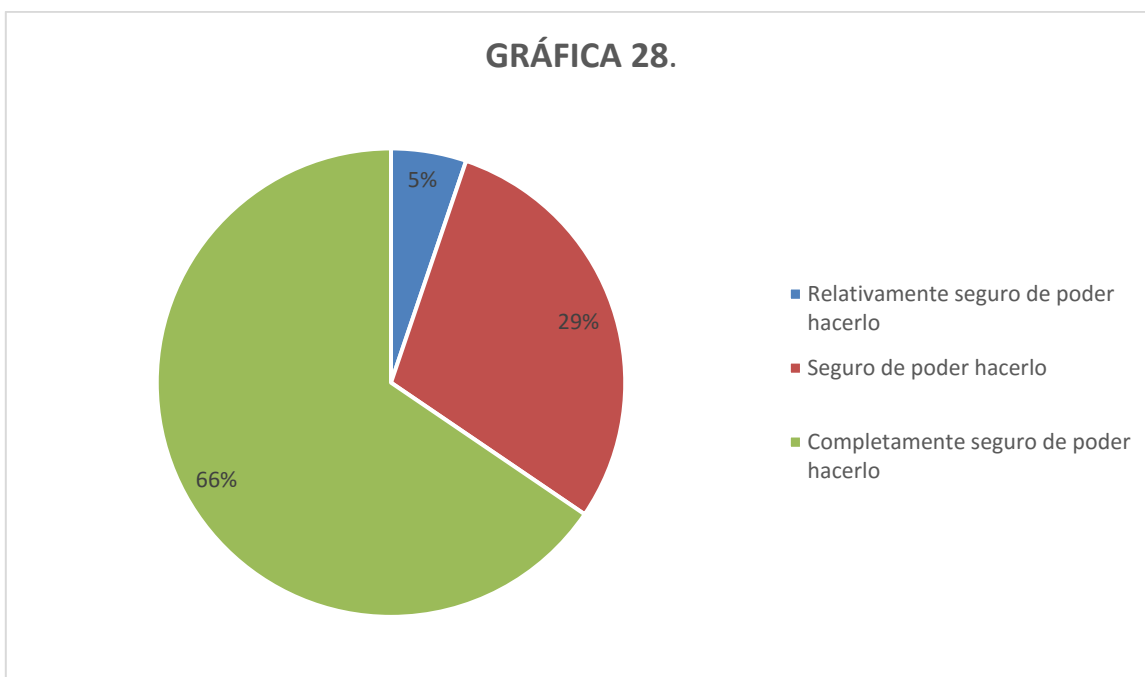


Gráfica 27. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 60% de los participantes se siente Completamente seguros de poder realizar una valoración dentro del proceso de atención de enfermería mediante la implementación del cuidado humanizado; el 35% seguro de poder hacerlo y el 2% se siente Relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 28. Diagnósticos de enfermería.

Diagnósticos de enfermería	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	3	5
Seguro de poder hacerlo	17	29
Completamente seguro de poder hacerlo	38	66
Total	58	100.0

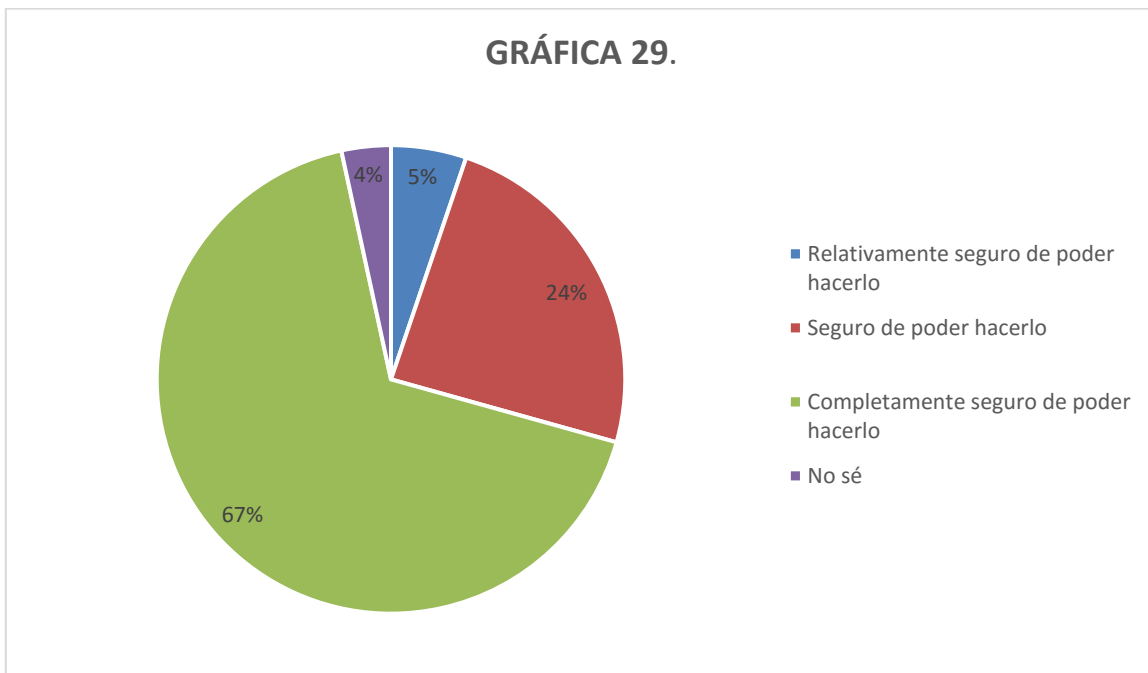


Gráfica 28. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 66% de los licenciados en enfermería se sienten Completamente seguros de poder realizar diagnósticos de enfermería mediante la aplicación del cuidado humanizado mientras que el 29% se sienten seguros de poder hacerlo y el 5% Relativamente seguros de poder hacerlo.

Tabla 29. Planeación de intervenciones.

Planeación de intervenciones	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	3	5
Seguro de poder hacerlo	14	24
Completamente seguro de poder hacerlo	39	67
No sé	2	4
Total	58	100.0

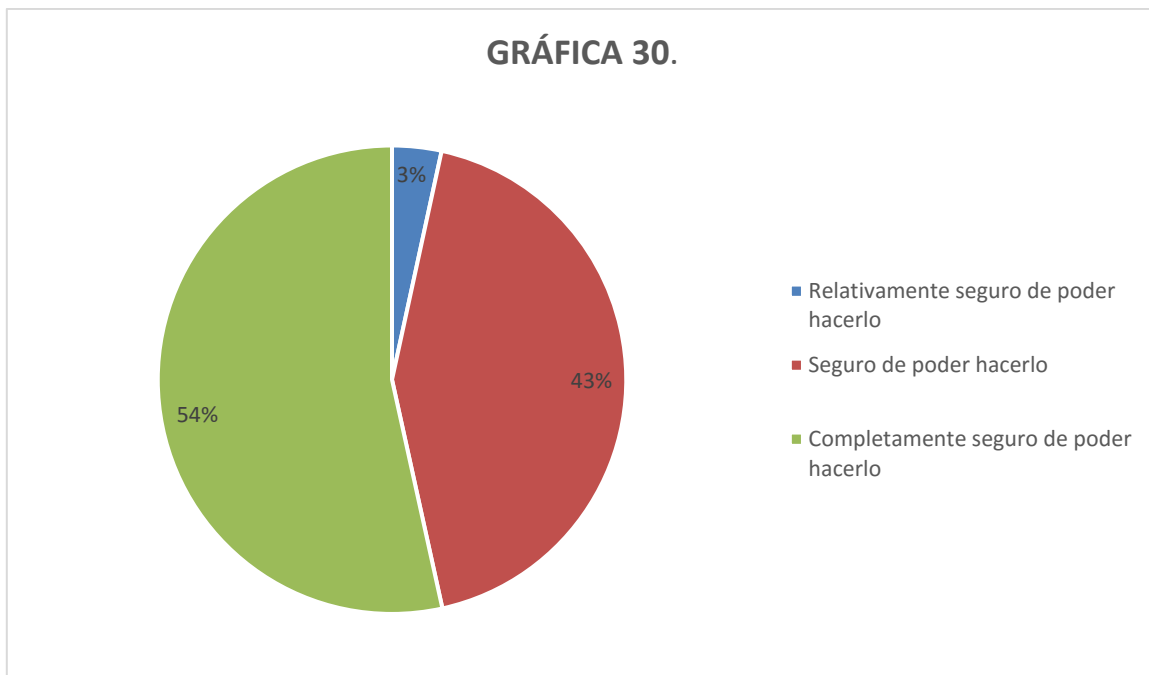


Gráfica 29. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico representa que el 67% de los licenciados en enfermería se sienten Completamente seguros de poder realizar planeaciones de sus intervenciones mediante el empleo del cuidado humanizado un 24% Seguros de poder hacerlo y 5% Relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 30. Facilita realizar mi evaluación de mis intervenciones.

Evaluación de intervenciones	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	2	3
Seguro de poder hacerlo	25	43
Completamente seguro de poder hacerlo	31	54
Total	58	100.0

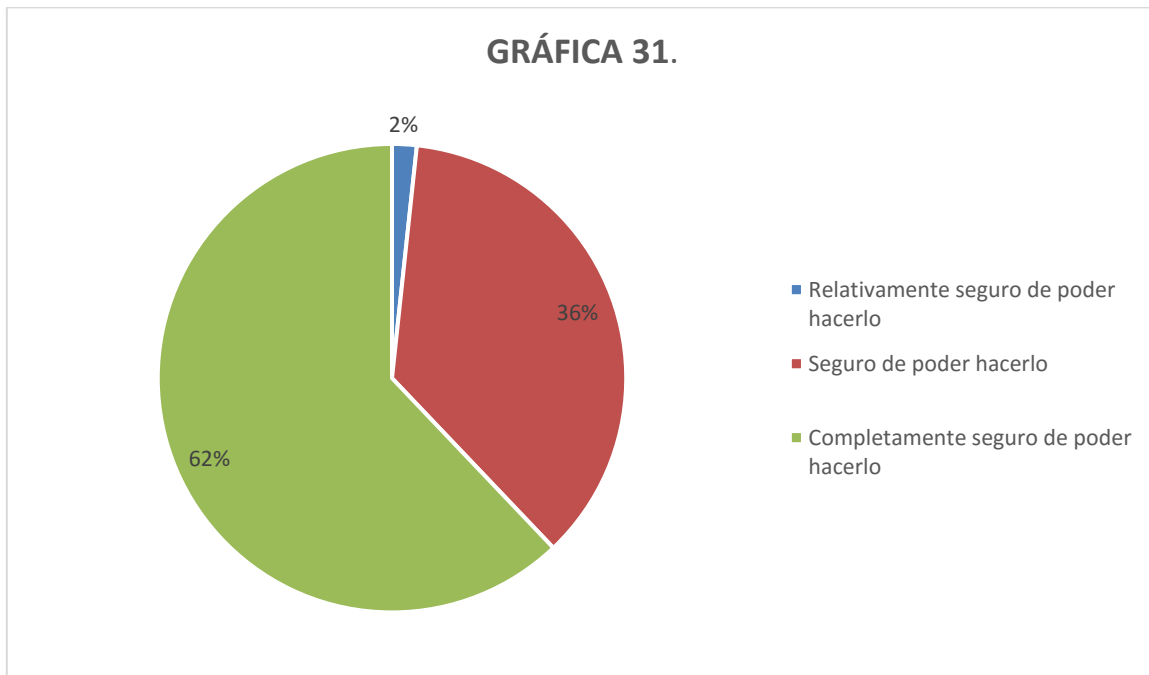


Gráfica 30. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 54% de los participantes se siente Completamente seguro de poder realizar la evaluación de sus intervenciones mediante la implementación del cuidado humanizado mientras que el 43% se siente Seguro de poder hacerlo y el 3% restante se siente relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 31. Modificaciones en el cuidado según las necesidades.

Modificación según necesidades humanas	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	2
Seguro de poder hacerlo	24	41
Completamente seguro de poder hacerlo	33	57
Total	58	100.0

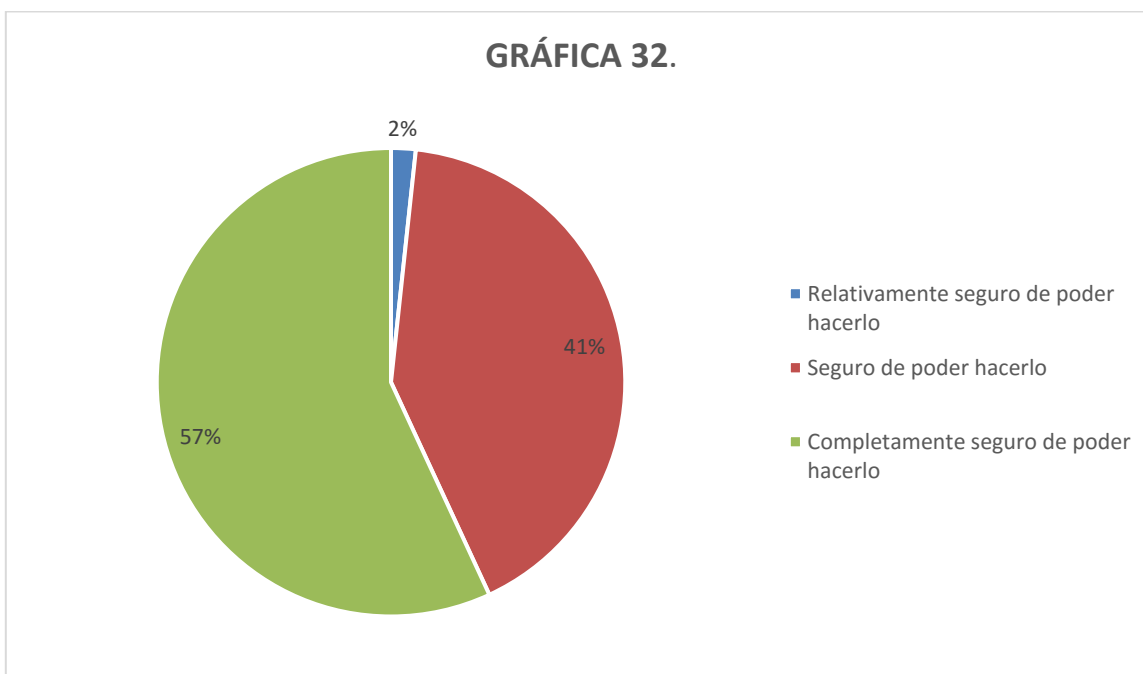


Gráfica 31. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 62% de los licenciados en enfermería se sienten completamente seguros de poder realizar modificaciones en el cuidado según las necesidades humanas del paciente mediante la interacción constante, el 36% se siente seguro de poder hacerlo y el 2% restante seguro de poder hacerlo

Tabla 32. Soy capaz de ejecutar eficientemente actividades de cuidado humanizado.

Soy capaz de ejecutar eficientemente actividades de cuidado humanizado.	Frecuencia	%
Apenas cierto de poder hacerlo	1	2
Relativamente seguro de poder hacerlo	10	17
Seguro de poder hacerlo	28	48
Completamente seguro de poder hacerlo	18	31
No sé	1	2
Total	58	100.0

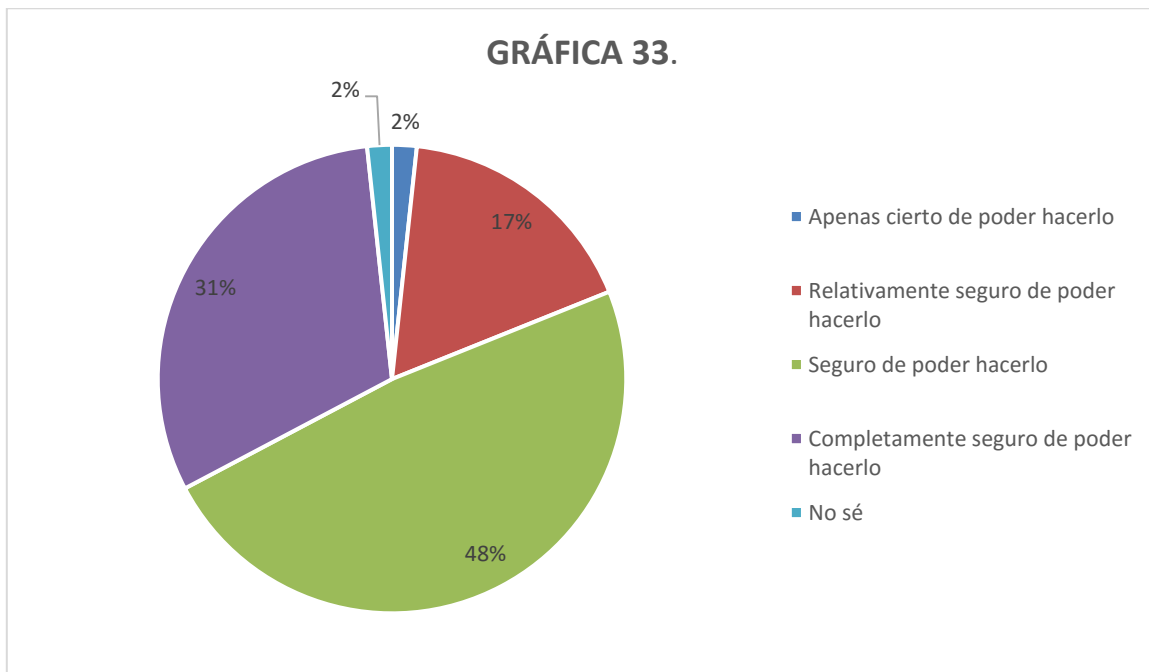


Gráfica 32. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 57% de los participantes se siente completamente seguro de poder ejecutar de manera eficaz actividades de cuidado humanizado para resolver situaciones difíciles con respecto a la salud de la persona, mientras que el 41% se sienten seguros de poder hacerlo y el 2% Relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 33. Puedo resolver la mayoría de los problemas que presenta la persona

Resolución de problemas	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	2
Seguro de poder hacerlo	21	36
Completamente seguro de poder hacerlo	36	62
Total	58	100.0

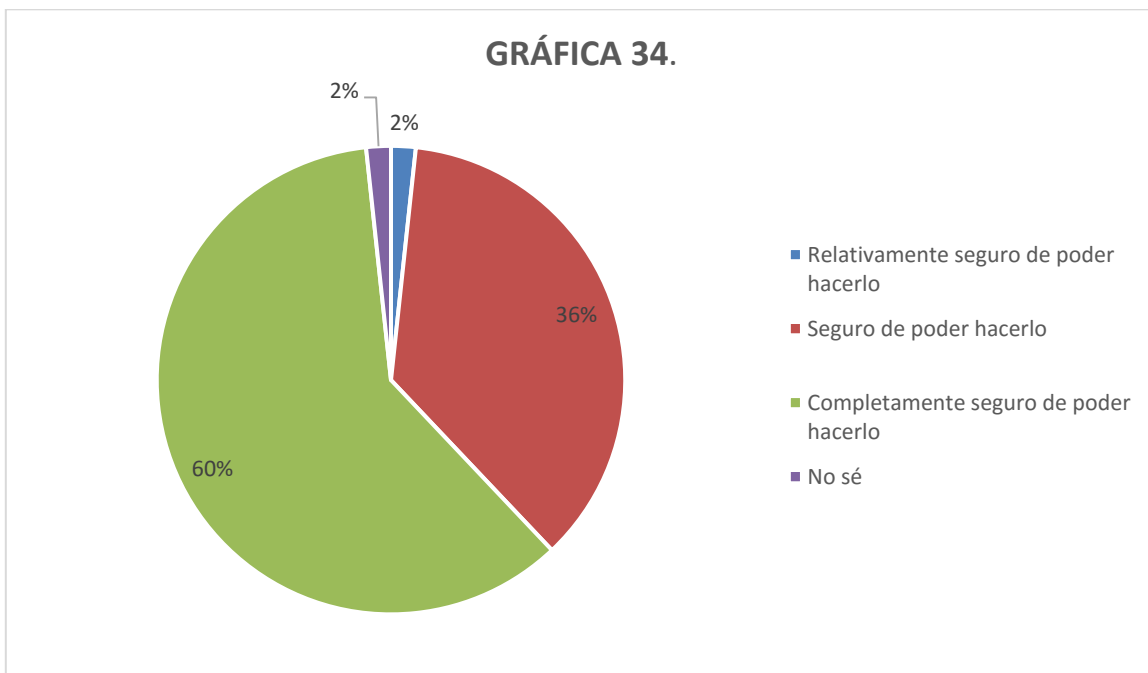


Gráfica 33. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 48% de los participantes se sienten seguros de poder resolver la mayoría de los problemas que presenta la persona mediante la implementación del cuidado humanizado; el 31% completamente seguro de poder hacerlo y el 17% relativamente seguro de poder hacerlo de poder hacerlo

Tabla 34. Aplicación de los conocimientos

Aplico los conocimientos	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	2
Seguro de poder hacerlo	21	36
Completamente seguro de poder hacerlo	35	60
No sé	1	2
Total	58	100.0

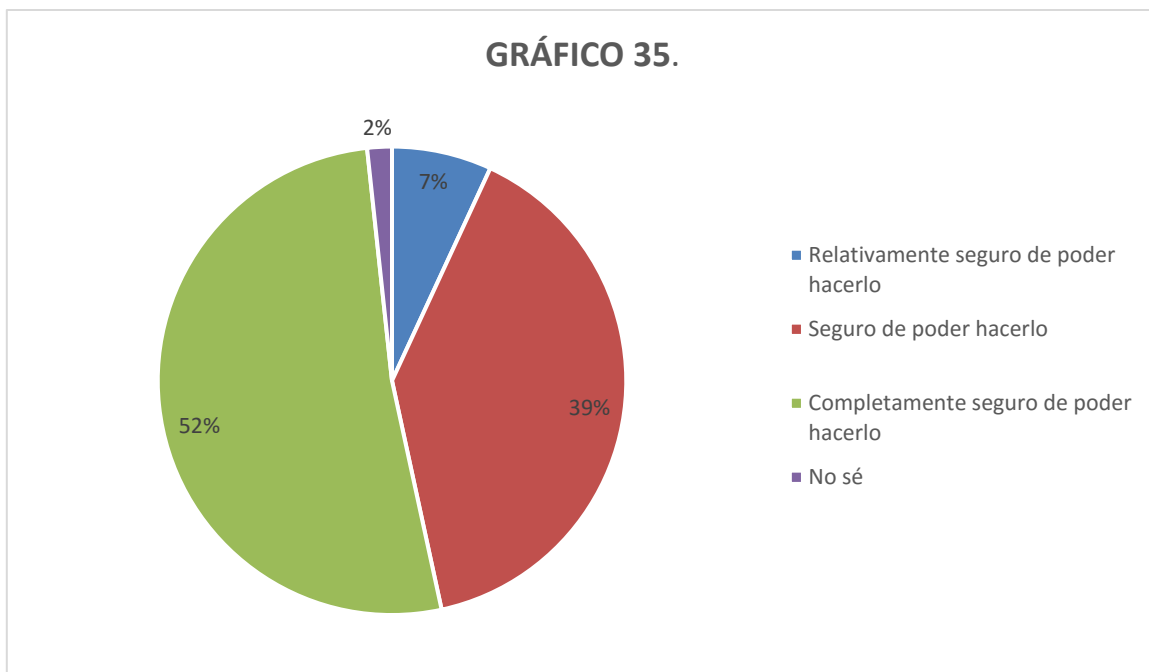


Gráfica 34. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

EL 60% de los participantes se sienten Completamente seguros de aplicar los conocimientos sobre cuidado humanizado obtenidos durante su formación para fortalecer sus relaciones con el paciente; el 36% se siente seguro de poder hacerlo y el 2% se sienten relativamente seguro de poder hacerlo.

Tabla 35. Interacción con los familiares.

Interacción con los familiares	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	4	7
Seguro de poder hacerlo	23	39
Completamente seguro de poder hacerlo	30	52
No sé	1	2
Total	58	100.0

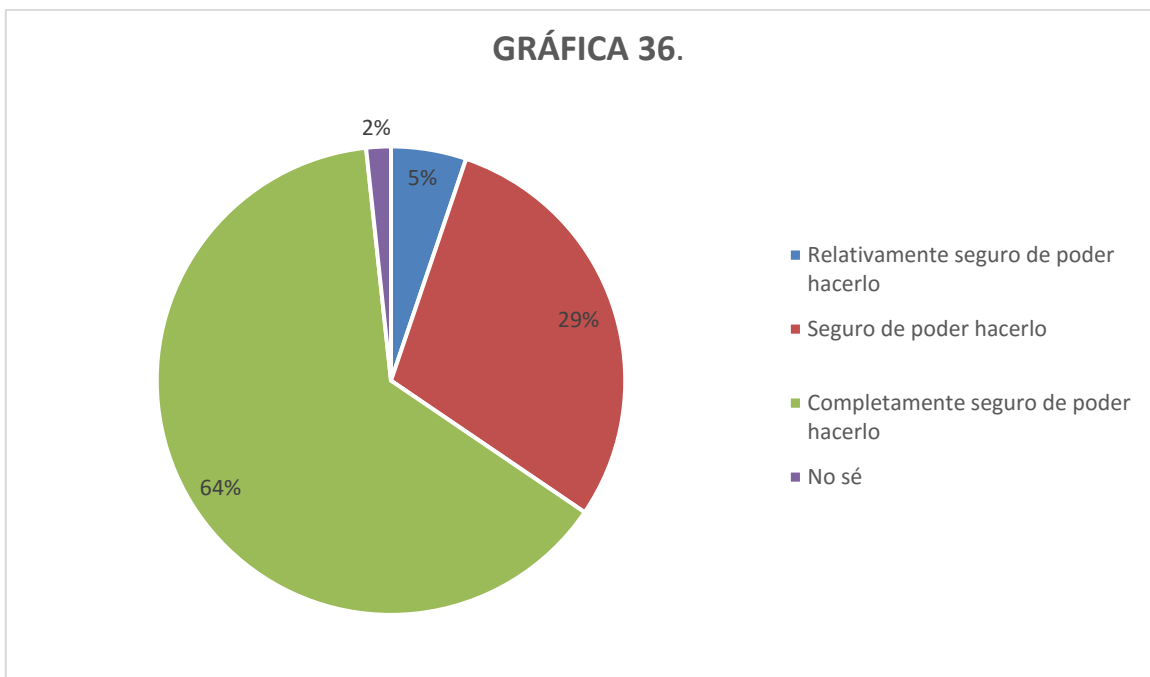


Gráfica 35. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 52% de los participantes se sienten completamente seguros de que al implementar el cuidado humanizado se facilita la interacción con los familiares; el 39% se siente seguro de poder hacerlo y el 7% se siente relativamente de poder hacerlo.

Tabla 36. Habilidades para ejecutar el cuidado humanizado.

Habilidades para ejecutar el cuidado humanizado	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	3	5
Seguro de poder hacerlo	17	29
Completamente seguro de poder hacerlo	37	64
No sé	1	2
Total	58	100.0

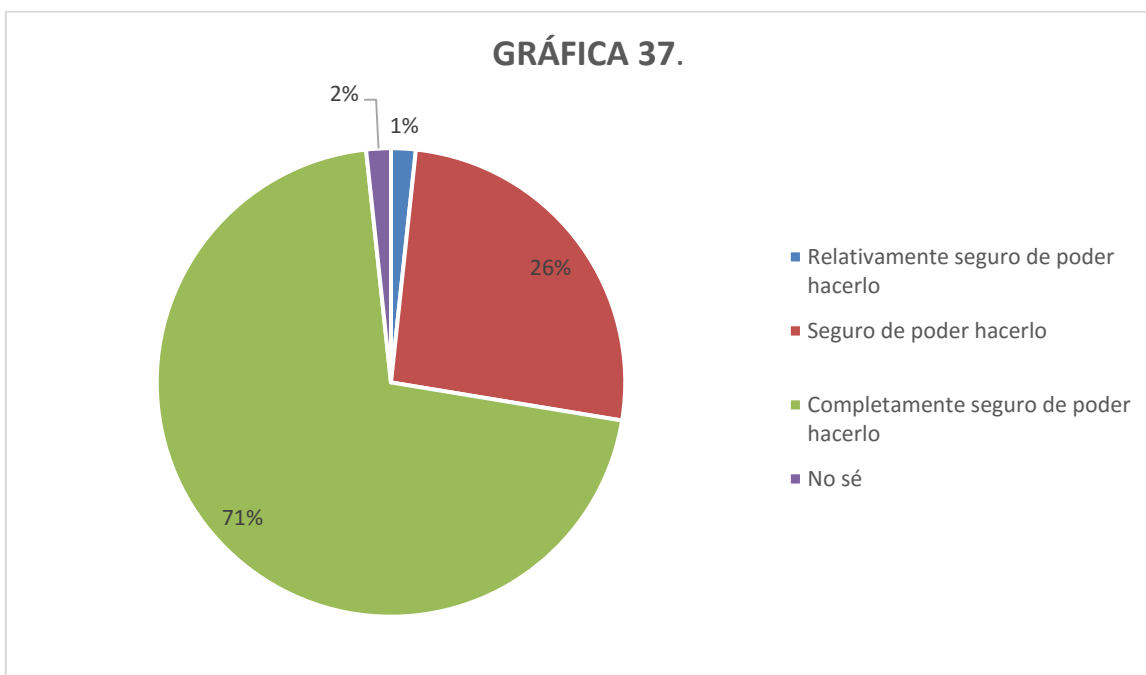


Gráfica 36. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 64% de los licenciados de enfermería se siente completamente seguros de contar con las habilidades necesarias para ejecutar el cuidado humanizado; el 29% se siente seguro de poder contar con estas habilidades y el 5% relativamente seguro de poder contar con estas habilidades.

tabla 37. Labores diarias al cuidar.

Labores diarias al cuidar la persona	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	1
Seguro de poder hacerlo	15	26
Completamente seguro de poder hacerlo	41	71
No sé	1	2
Total	58	100.0

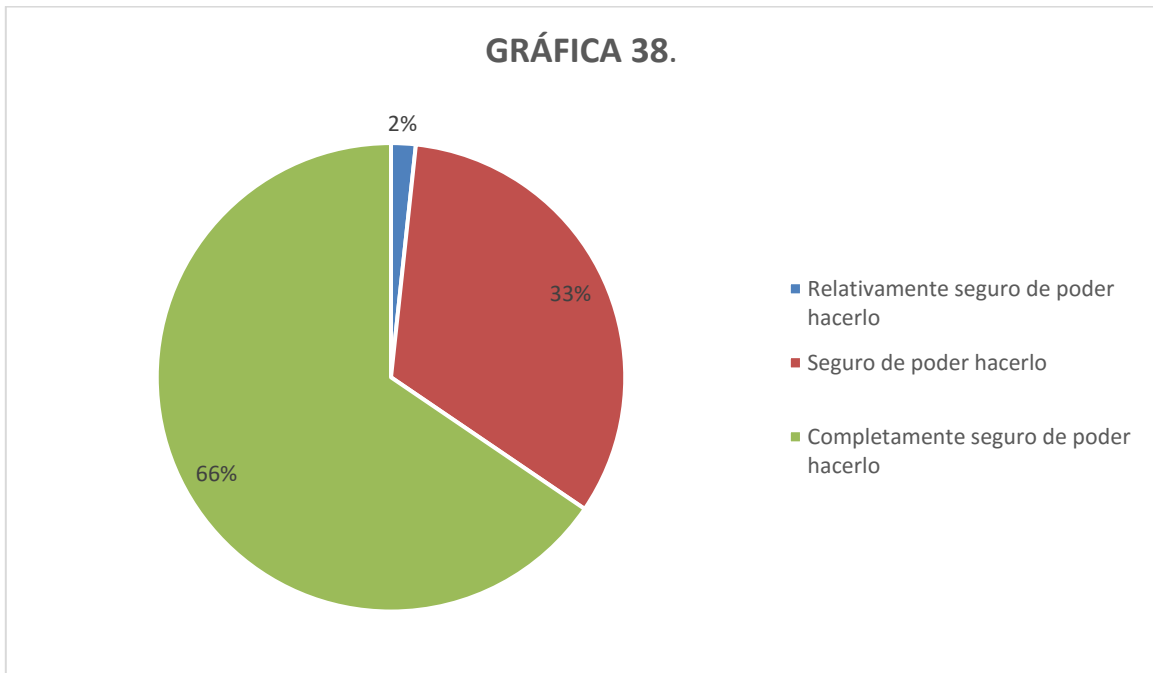


Gráfica 37. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 71% de los profesionales de enfermería se sienten completamente seguros de que el cuidado humanizado facilita las labores diarias al cuidar a la persona mientras que el 26% se siente seguro de poder hacerlo y el 2% restante relativamente de que pueda hacerlo.

Satisfacción con las intervenciones que realizo	Frecuencia	%
Relativamente seguro de poder hacerlo	1	2
Seguro de poder hacerlo	19	33
Completamente seguro de poder hacerlo	38	65
Total	58	100.0

Tabla 38. Satisfacción con las intervenciones que realizo

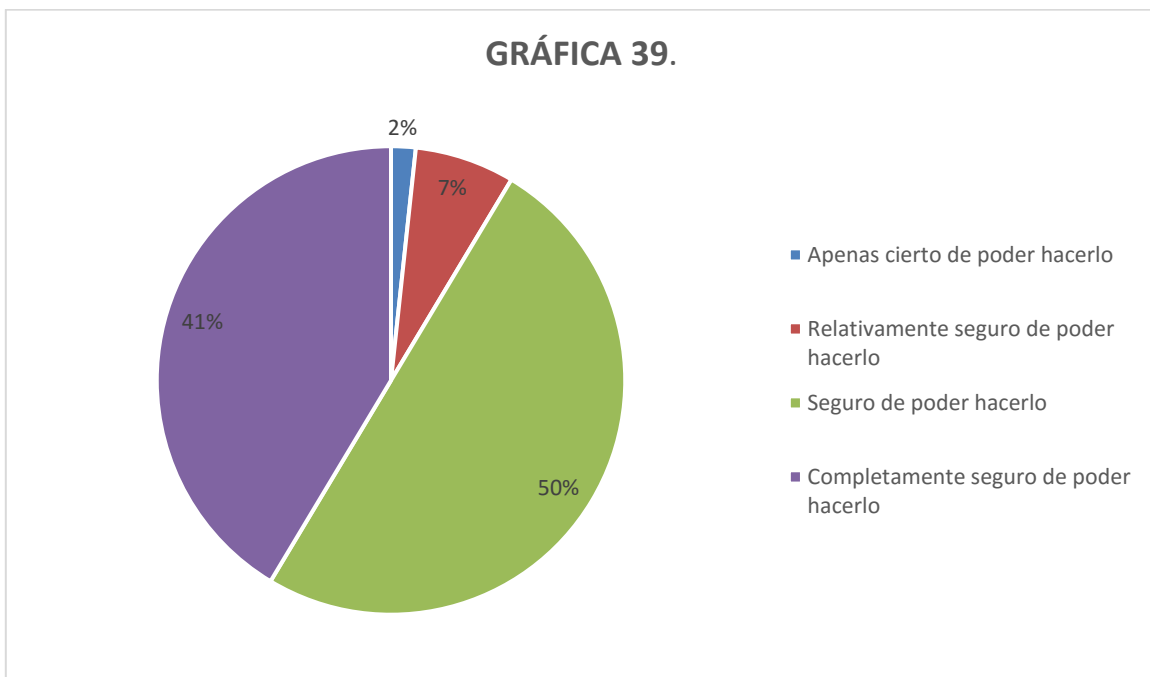


Gráfica 38. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

En el gráfico encontramos que el 65% de los licenciados se sienten completamente seguros de sentir satisfacción con las intervenciones que realiza al implementar el cuidado humanizado mientras que el 33% se sienten seguros de sentir satisfacción y el 2% relativamente seguros de poder hacerlo.

Tabla 39. Práctica del cuidado humanizado

Práctica del cuidado humanizado	Frecuencia	%
Apenas cierto de poder hacerlo	1	2
Relativamente seguro de poder hacerlo	4	7
Seguro de poder hacerlo	29	50
Completamente seguro de poder hacerlo	24	41
Total	58	100.0

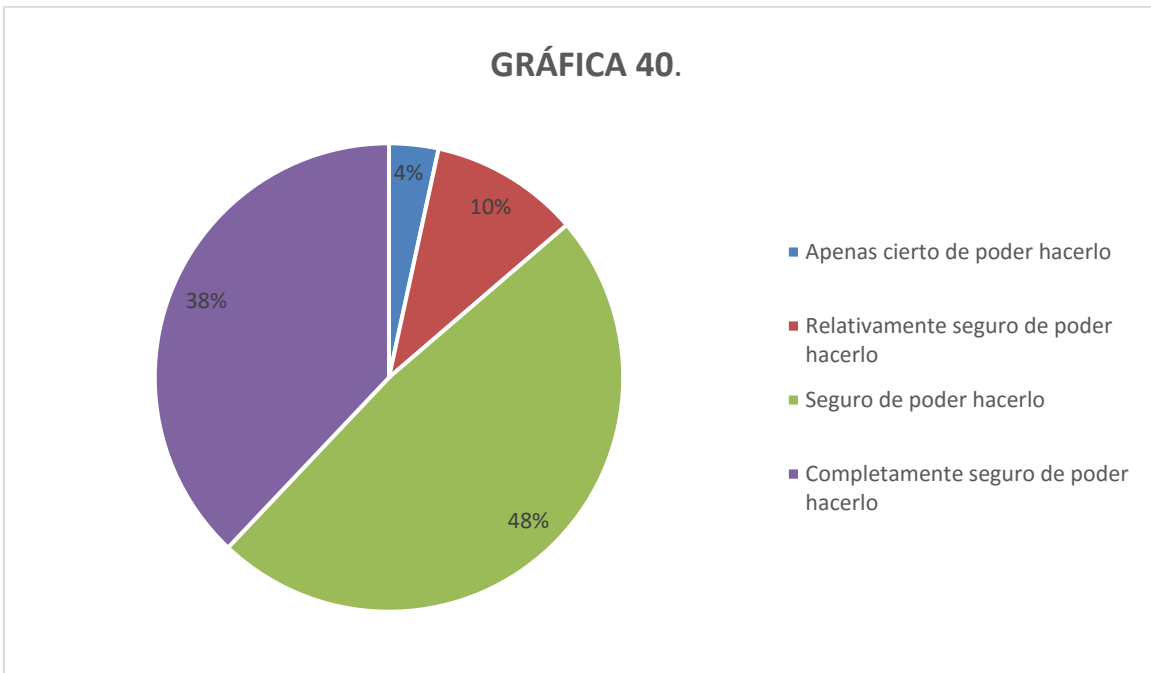


Gráfica 39. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 50% de los participantes se sienten seguros de considerar sencillo la implementación del cuidado humanizado; el 41% completamente seguro de considerar sencillo la implementación del cuidado humanizado el 7% relativamente seguro y el 2% restante apenas cierto de poder hacerlo.

Tabla 40. Aplicar las teorías de enfermería de cuidado humanizado.

Aplicar las teorías de enfermería	Frecuencia	%
Apenas cierto de poder hacerlo	2	4
Relativamente seguro de poder hacerlo	6	10
Seguro de poder hacerlo	28	48
Completamente seguro de poder hacerlo	22	38
Total	58	100.0

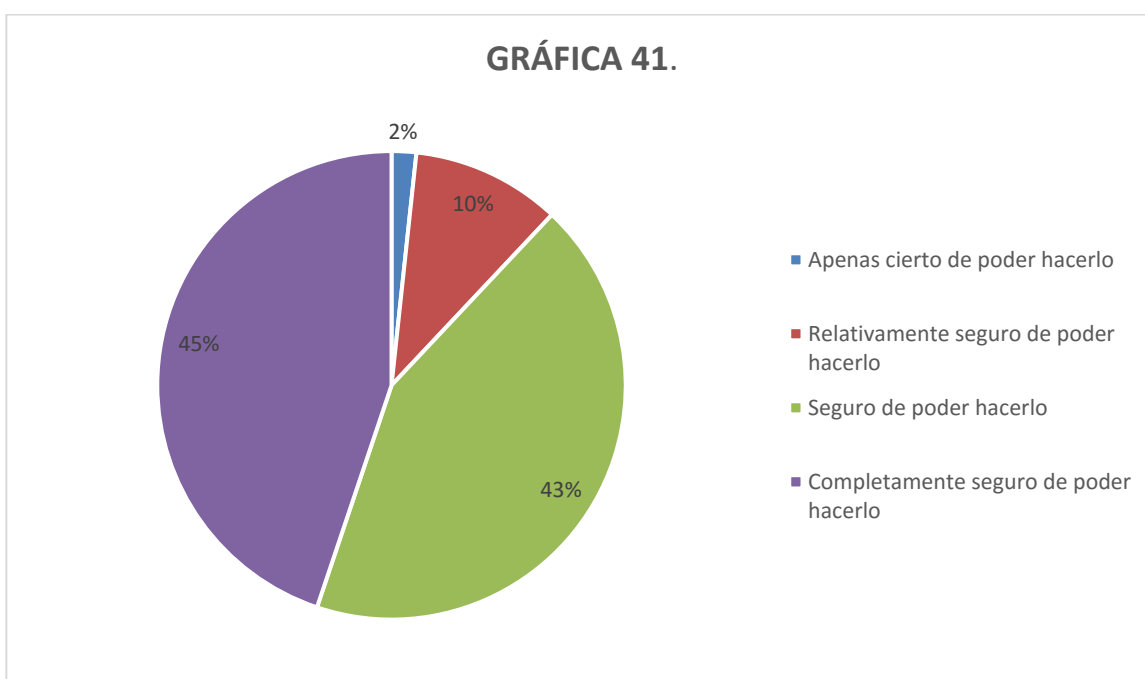


Gráfica 40. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 48% de los licenciados en enfermería se sienten seguros que al implantar las teorías del cuidado humanizado es más fácil brindar el cuidado; mientras que el 38% se siente completamente seguro de poder hacerlo el 10% relativamente de poder hacerlo y el 4% apenas cierto de poder hacerlo.

Tabla 41. Prever situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente

Prever situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente	Frecuencia	%
Apenas cierto de poder hacerlo	1	2
Relativamente seguro de poder hacerlo	6	10
Seguro de poder hacerlo	25	43
Completamente seguro de poder hacerlo	26	45
Total	58	100.0

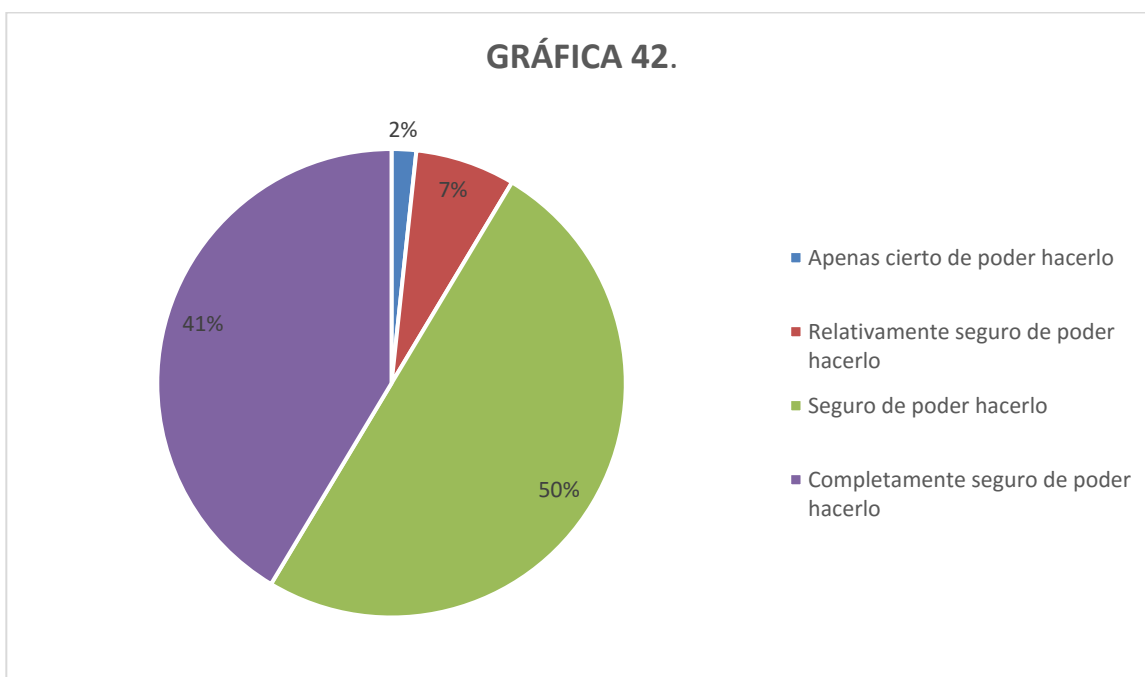


Gráfica 41. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 45% de los participantes se sienten completamente seguros de poder interactuar con las personas para poder prevenir situaciones difíciles con respecto a la salud de la persona; el 43% seguro de poder hacerlo; 10% relativamente seguro y el 2% apenas cierto de poder hacerlo.

Tabla 42. Puedo detectar deficiencias en el cuidado.

Puedo detectar deficiencias en el cuidado.	Frecuencia	%
Apenas cierto de poder hacerlo	1	2
Relativamente seguro de poder hacerlo	4	7
Seguro de poder hacerlo	29	50
Completamente seguro de poder hacerlo	24	41
Total	58	100.0

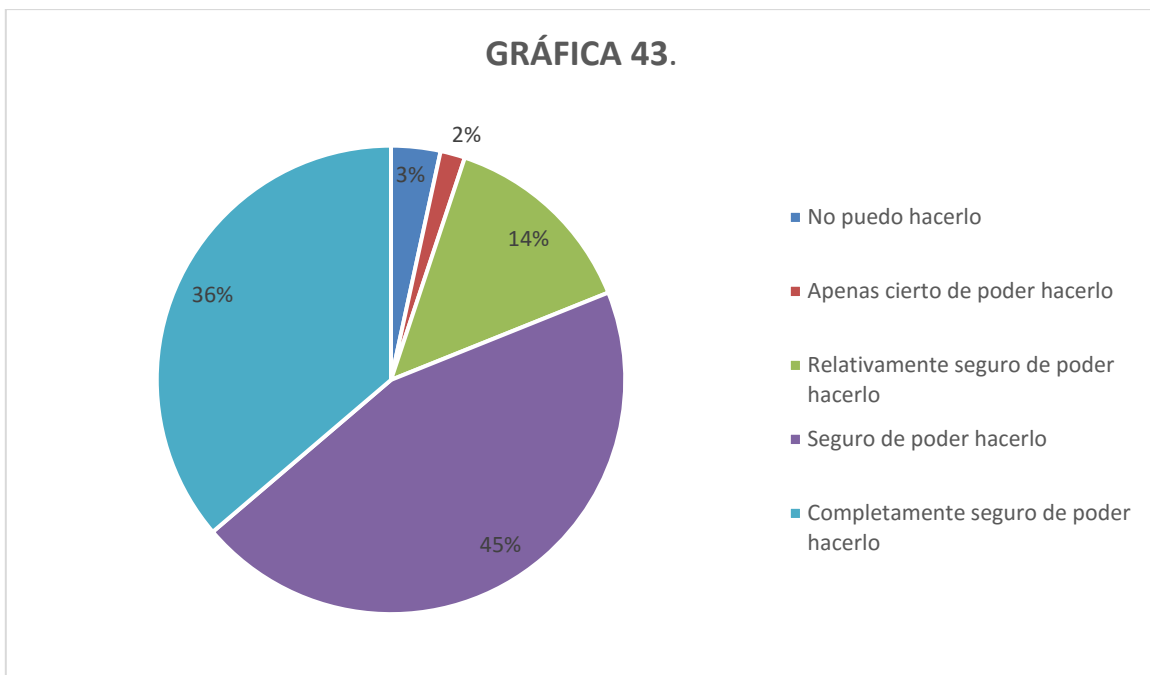


Gráfica 42. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 50% de los participantes se sienten seguros de poder detectar deficiencias en el cuidado de la persona el 41% se sienten completamente seguros de poder hacerlo el 7% relativamente seguro de poder hacerlo y el 2% apenas cierto de poder hacerlo.

Tabla 43. Aplicar el cuidado humanizado, aunque algo o alguien se me opongan.

Aplicar el cuidado humanizado, aunque algo o alguien se me opongan.	Frecuencia	%
No puedo hacerlo	2	3
Apenas cierto de poder hacerlo	1	2
Relativamente seguro de poder hacerlo	8	14
Seguro de poder hacerlo	26	45
Completamente seguro de poder hacerlo	21	36
Total	58	100.0

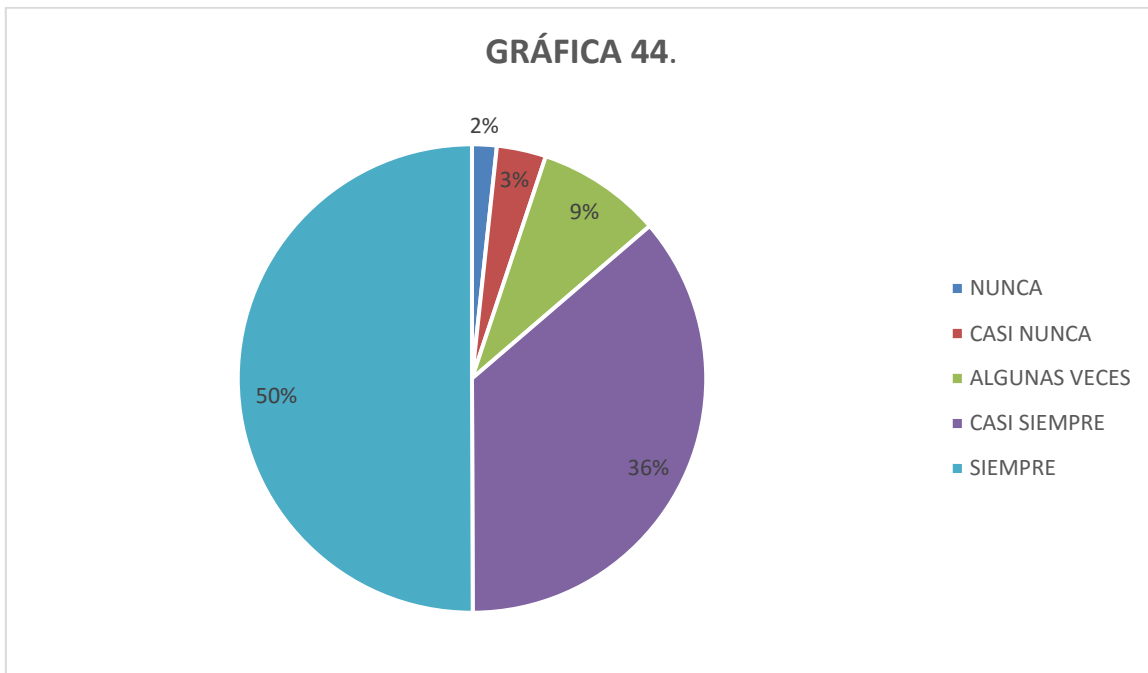


Gráfica 43. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 45% de los participantes se sienten seguros de poder aplicar el cuidado humanizado aunque alguien o algo se oponga, el 36% se sienten completamente seguros de poder hacerlo, el 14% relativamente seguro de poder hacerlo el 3% no puede hacerlo y el 2% apenas cierto de poder hacerlo.

Tabla 44. Confianza para ejecutar el cuidado humanizado.

Confianza para ejecutar el cuidado humanizado	Frecuencia	%
NUNCA	1	2
CASI NUNCA	2	3
ALGUNAS VECES	5	9
CASI SIEMPRE	21	36
SIEMPRE	29	50
Total	58	100.0

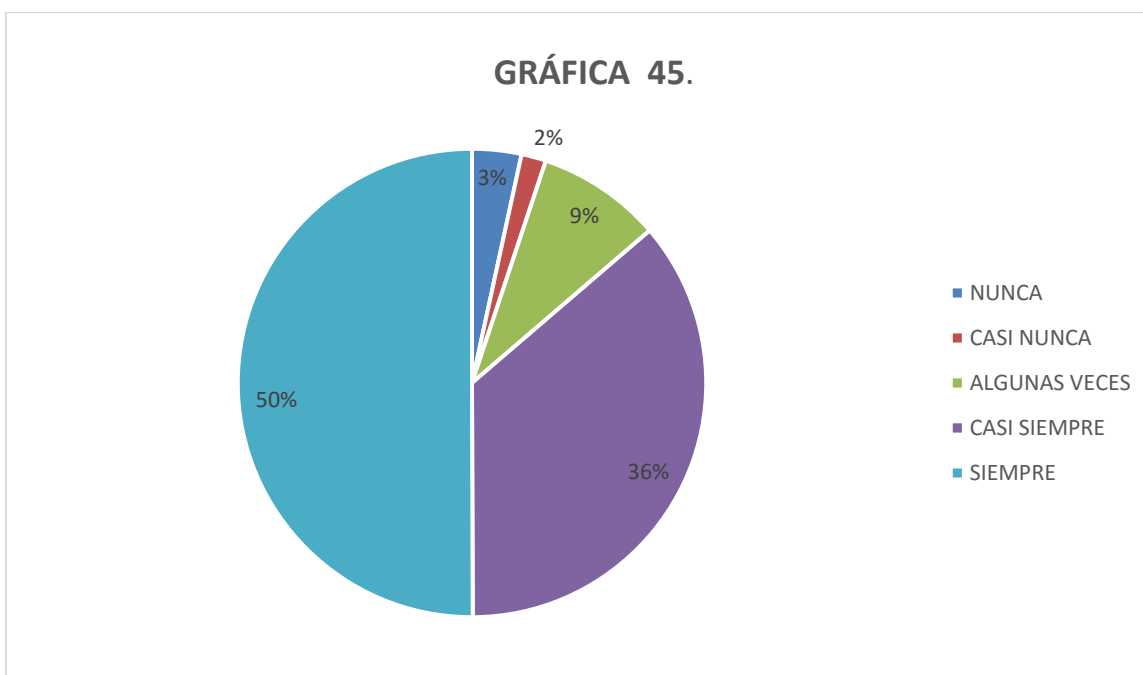


Gráfica 44. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 50% de los participantes perciben que siempre al ver a los compañeros aplicar el cuidado humanizado aumenta su confianza al implementar el mismo, el 36% percibe que casi siempre, el 9% algunas veces, el 3% casi nunca y el 2% nunca.

Tabla 45. Confianza por otros profesionales de la salud.

Confianza por otros profesionales de la salud	Frecuencia	%
NUNCA	2	3
CASI NUNCA	1	2
ALGUNAS VECES	5	9
CASI SIEMPRE	21	36
SIEMPRE	29	50
Total	58	100.0

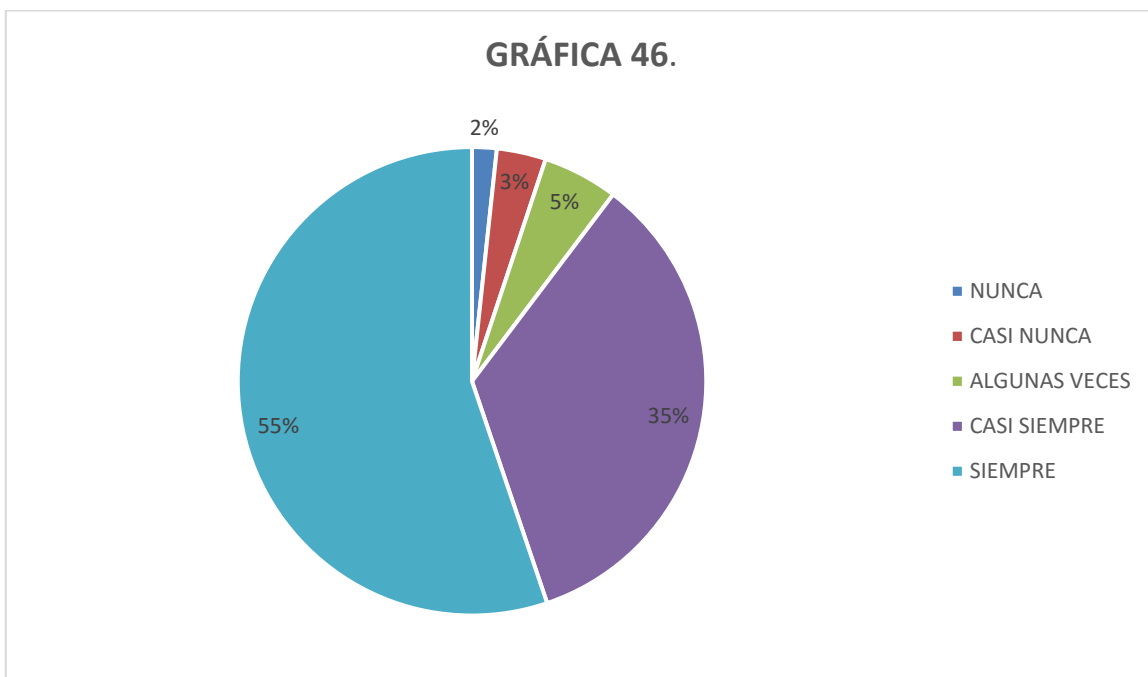


Gráfica 45. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 50% de los participantes perciben que siempre al ver a otros profesionales de la salud aplicar el cuidado humanizado aumenta su confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes el 36% casi siempre el 9% algunas veces el 3% nunca y el 2% casi nunca.

Tabla 46. Confianza independiente el cuidado humanizado

Confianza independiente en el cuidado humanizado	Frecuencia	%
NUNCA	1	2
CASI NUNCA	2	3
ALGUNAS VECES	3	5
CASI SIEMPRE	20	35
SIEMPRE	32	55
Total	58	100.0

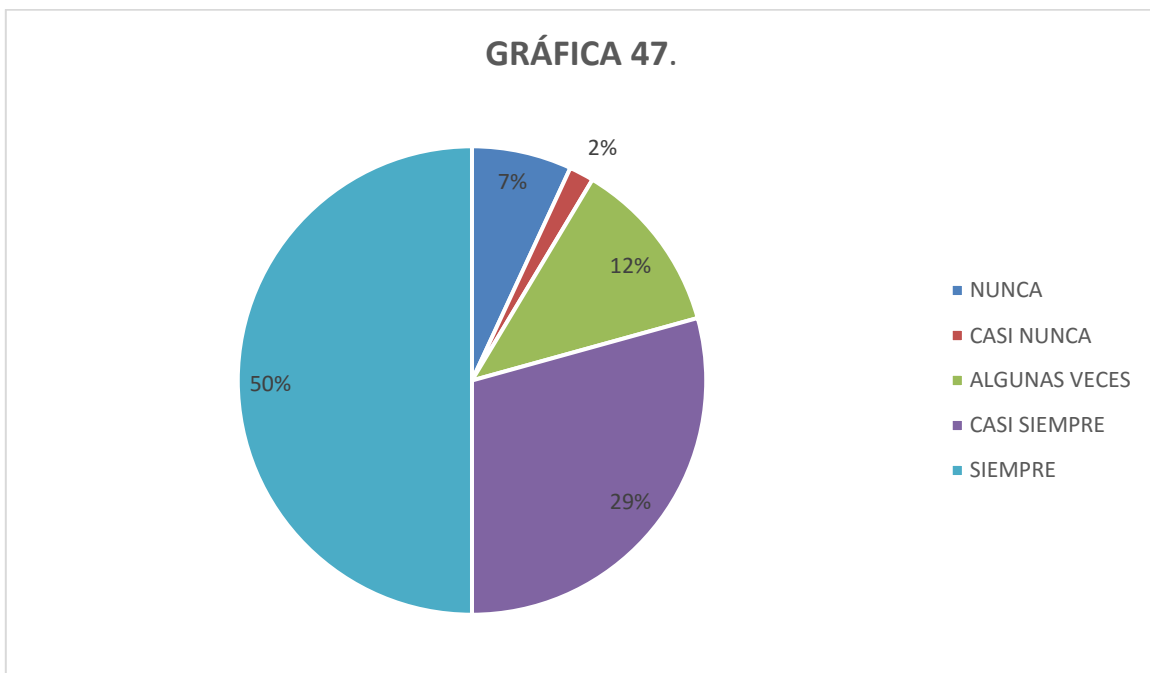


Gráfica 46. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico anterior representa que el 55% de los participantes del estudio perciben siempre que Independientemente de quien sea, el ver aplicar el cuiddo humanizado aumenta su confianza para ejecutar el cuidado a los pacientes, el 35% casi siempre, 5% algunas veces 3% casi nunca y un 2% nunca lo percibe.

Tabla 47. Énfasis en el cuidado humanizado por los profesores

Énfasis en el cuidado humanizado por los profesores	Frecuencia	%
NUNCA	4	7
CASI NUNCA	1	2
ALGUNAS VECES	7	12
CASI SIEMPRE	17	29
SIEMPRE	29	50
Total	58	100.0

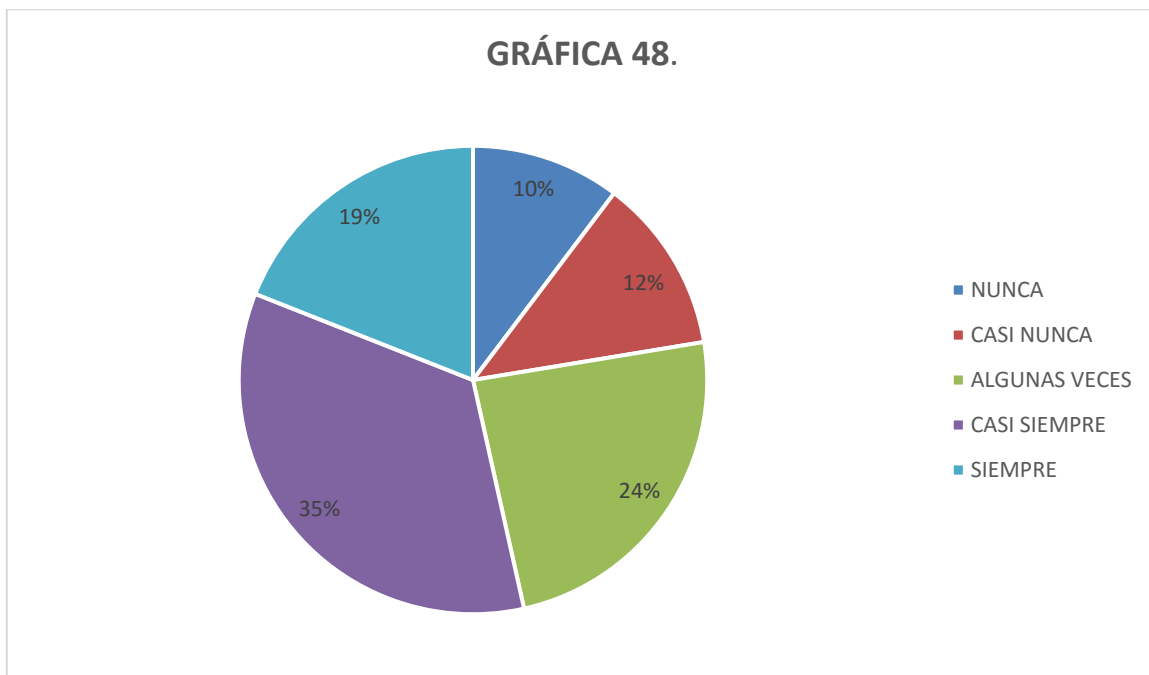


Gráfica 47. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 50% de los licenciados en enfermería perciben que siempre los profesores han hecho énfasis para que utilicen el cuidado humanizado, el 29% percibe que casi siempre, el 12% algunas veces, el 7% nunca y el 2% casi nunca.

Tabla 48. Énfasis por compañeros.

Énfasis por compañeros	Frecuencia	%
NUNCA	6	10
CASI NUNCA	7	12
ALGUNAS VECES	14	24
CASI SIEMPRE	20	35
SIEMPRE	11	19
Total	58	100.0

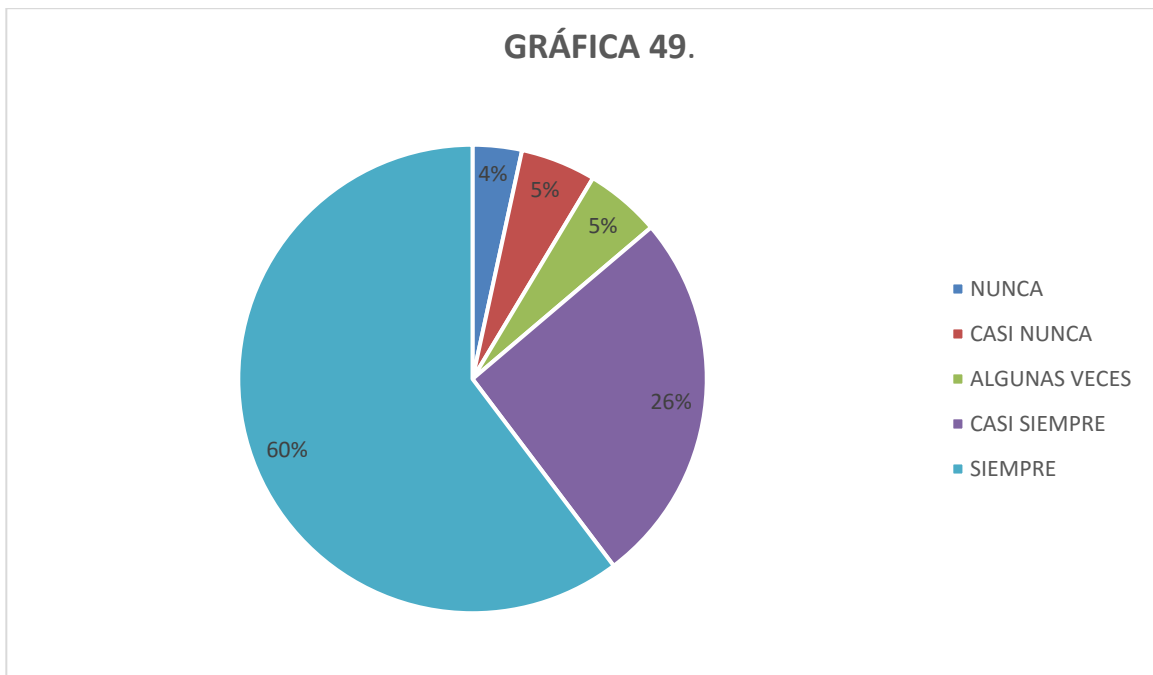


Gráfica 48. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico anterior representa que el 35% de los participantes percibe que casi siempre sus compañeros le han hecho énfasis para que hagan uso del Cuidado humanizado, el 24% algunas veces el 19% siempre el 12% casi nunca y el 10% nunca.

Tabla 49. Reportar errores en el cuidado.

Reportar errores en el cuidado.	Frecuencia	%
NUNCA	2	4
CASI NUNCA	3	5
ALGUNAS VECES	3	5
CASI SIEMPRE	15	26
SIEMPRE	35	60
Total	58	100.0



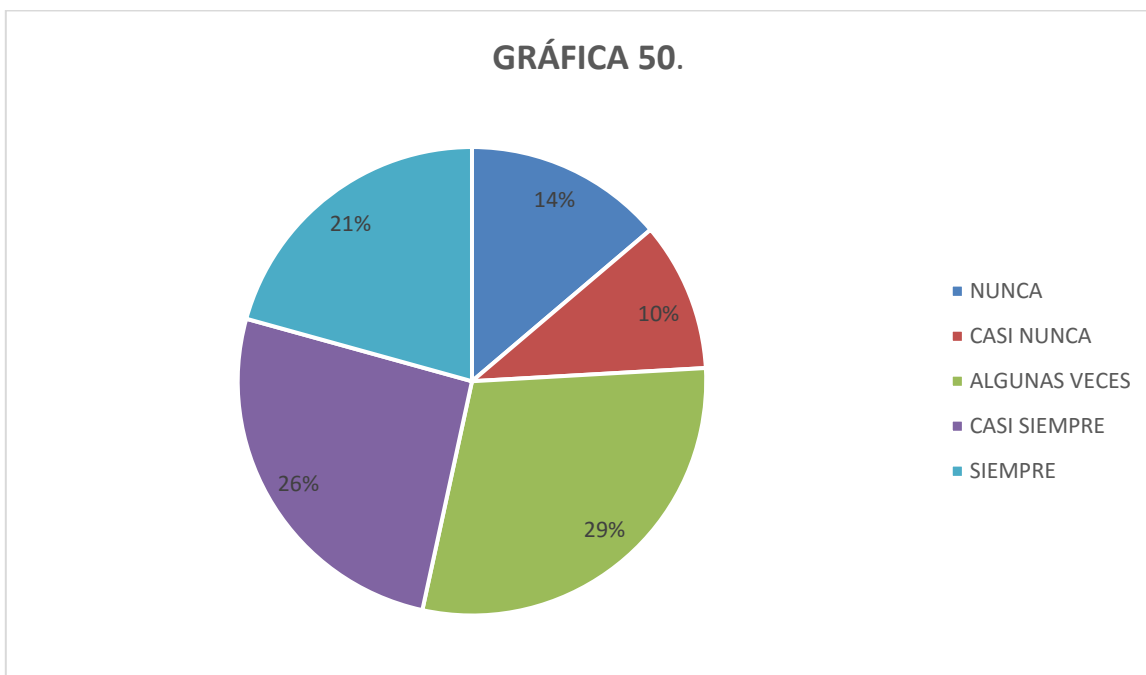
Gráfica 49. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 60% de los licenciados en enfermería percibe que siempre que reportan errores en el cuidado que brindan se motivan para corregirlos, el 26% casi siempre, con 5% se encuentran las categorías de casi nunca y algunas veces y en último lugar con un 4% nunca.

Tabla 50. Énfasis de superiores (jefes)

	Frecuencia	%
NUNCA	8	14
CASI NUNCA	6	10
ALGUNAS VECES	17	29
CASI SIEMPRE	15	26
SIEMPRE	12	21
Total	58	100.0

GRÁFICA 50.

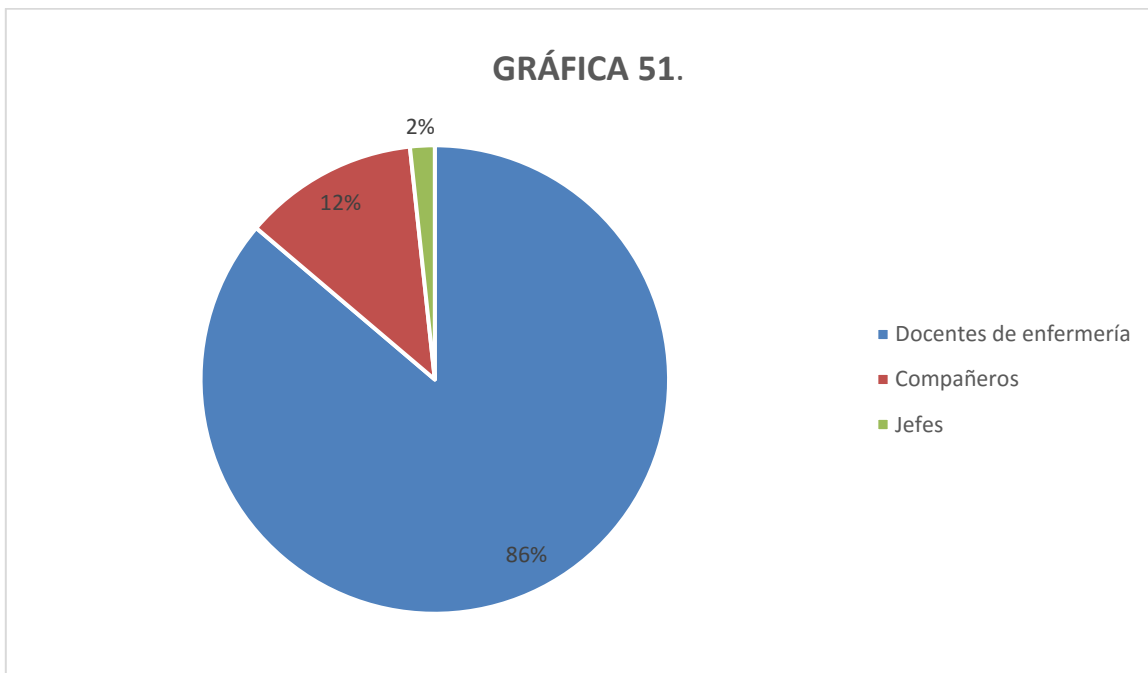


Gráfica 50. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

Los licenciados en enfermería perciben el 29% de los casos que algunas veces sus superiores (jefes) hacen énfasis en los logros que alcanzo al implementar el PAE, el 26% casi siempre, el 21% siempre, el 14% nunca y el 10% casi nunca.

Tabla 51. Comprensión de cuidado humanizado

Comprensión de cuidado humanizado	Frecuencia	%
Docentes de enfermería	50	86
Compañeros	7	12
Jefes	1	2
Total	58	100.0



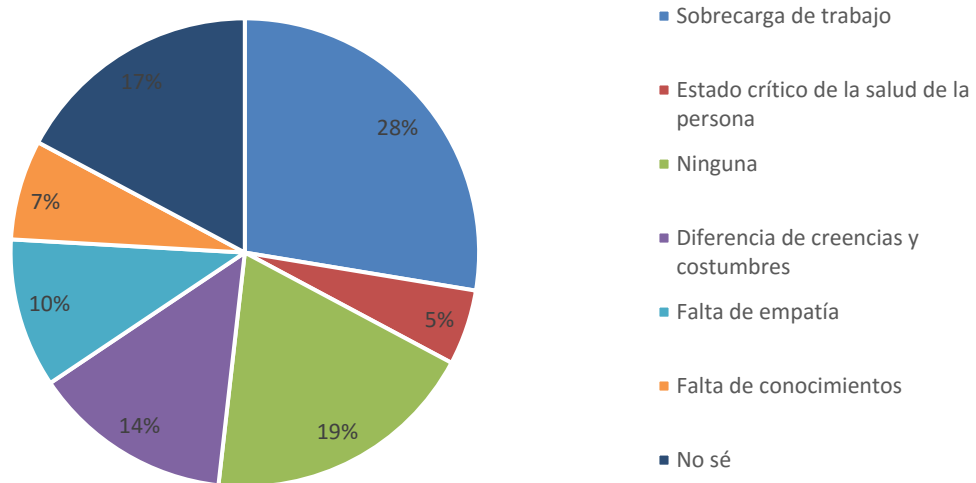
Gráfica 51. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 86% de los casos representó que los Docentes de enfermería son los encargados de ayudar a los profesionales de enfermería a comprender los conocimientos sobre cuidado humanizado quedando en segundo lugar los compañeros con un 12% y por último los jefes con un 2%.

Tabla 52. Dificultades en el Cuidado humanizado.

Dificultades de cuidado humanizado	Frecuencia	%
Sobrecarga de trabajo	16	28
Estado crítico de la salud de la persona	3	5
Ninguna	11	19
Diferencia de creencias y costumbres	8	14
Falta de empatía	6	10
Falta de conocimientos	4	7
No sé	10	17
Total	58	100.0

GRÁFICA 52.

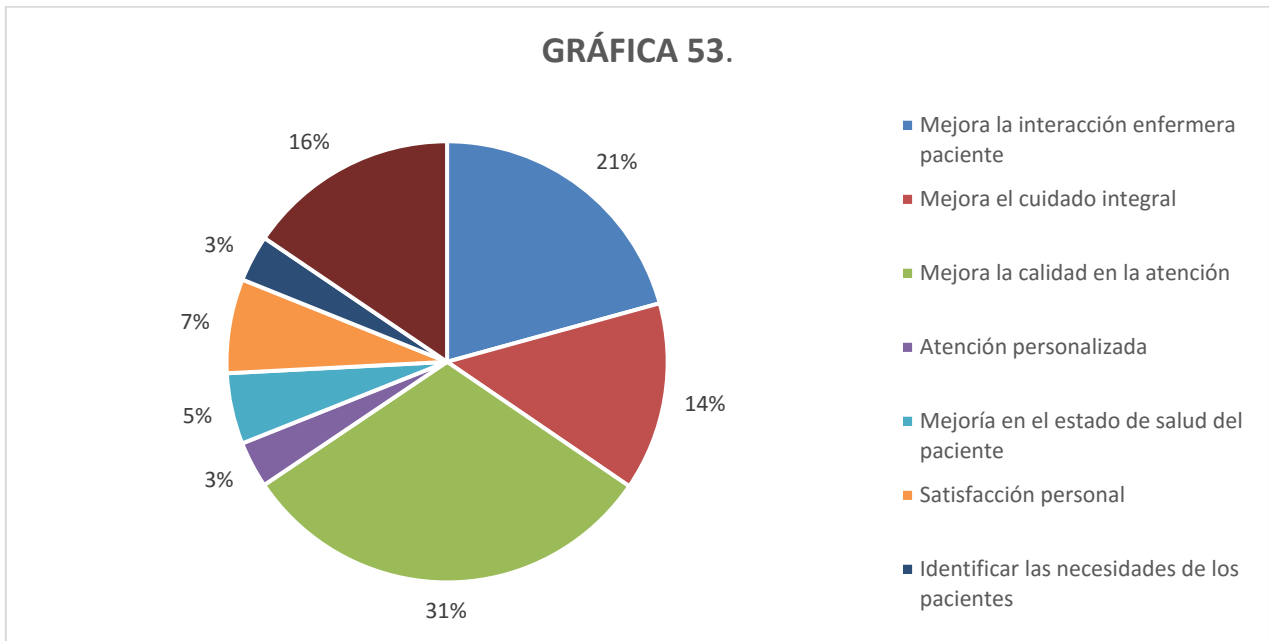


Gráfica 52. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico anterior representa que en la mayoría de los casos los licenciados en enfermería encuentran como dificultad para aplicar el cuidado humanizado, con un 28% la sobrecarga de trabajo en segundo lugar, con un 19% no encuentran ninguna dificultad, el 17% no sabe que contestar, el 14% la diferencias de creencias y costumbres, el 10% la falta de empatía; 7% la falta de conocimientos y 5% el estado crítico de la salud de la persona

Tabla 53. Beneficio de aplicar el Cuidado humanizado

Beneficio de aplicar el cuidado humanizado	Frecuencia	%
Mejora la interacción enfermera paciente	12	21
Mejora el cuidado integral	8	14
Mejora la calidad en la atención	18	31
Atención personalizada	2	3
Mejoría en el estado de salud del paciente	3	5
Satisfacción personal	4	7
Identificar las necesidades de los pacientes	2	3
No sé	9	16
Total	58	100.0

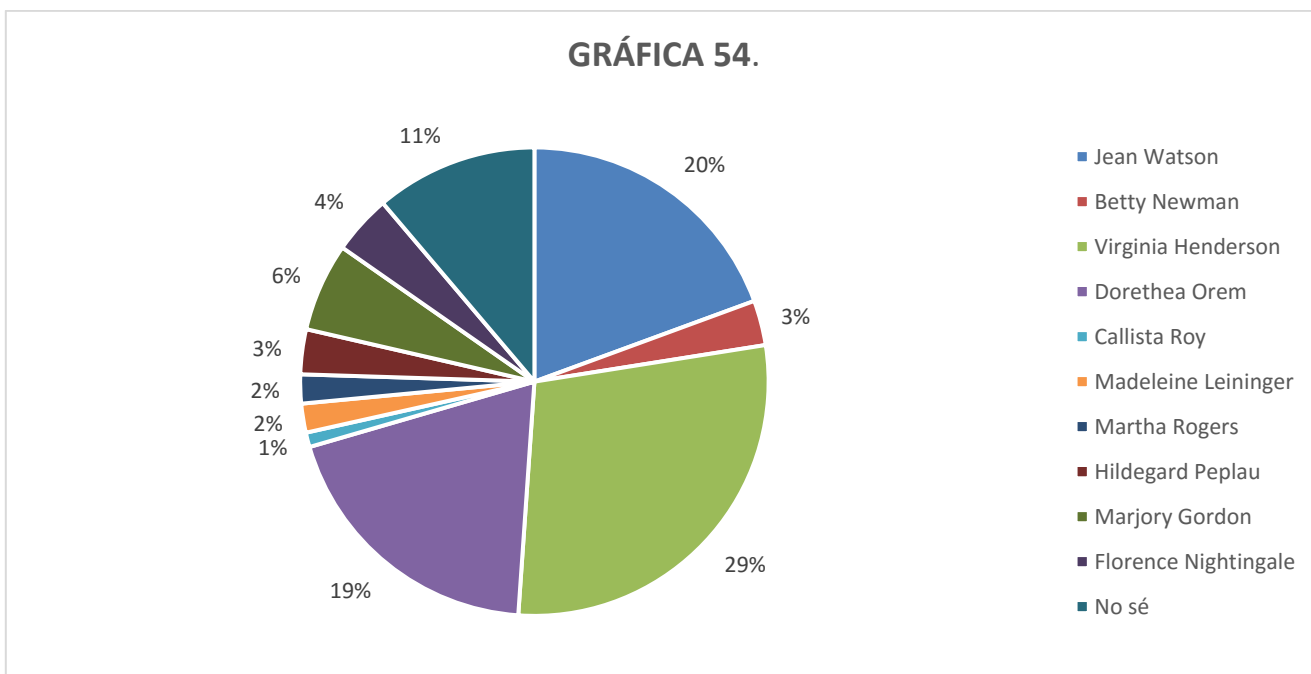


Gráfica 53. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

El gráfico representa que los licenciados en enfermería encuentran como beneficio al aplicar el cuidado humanizado con un 31% la mejoría en la calidad de la atención, con un 21% la mejoría en la interacción enfermera paciente, el 16% no sabe que contestar, el 14% piensa que mejora el cuidado integral; el 7% siente satisfacción personal; 5% piensa que mejora el estado de salud de la persona y el 3% piensa en una atención personalizada.

Tabla 54 Teóricas del cuidado humanizado

Menciona algunas teóricas que hablen acerca del cuidado humanizado	Respuestas	
	N	%
Jean Watson	19	20
Betty Newman	3	3
Virginia Henderson	28	29
Dorethea Orem	19	19
Callista Roy	1	1
Madeleine Leininger	2	2
Martha Rogers	2	2
Hildegard Peplau	3	3
Marjory Gordon	6	6
Florence Nightingale	4	4
No sé	11	11

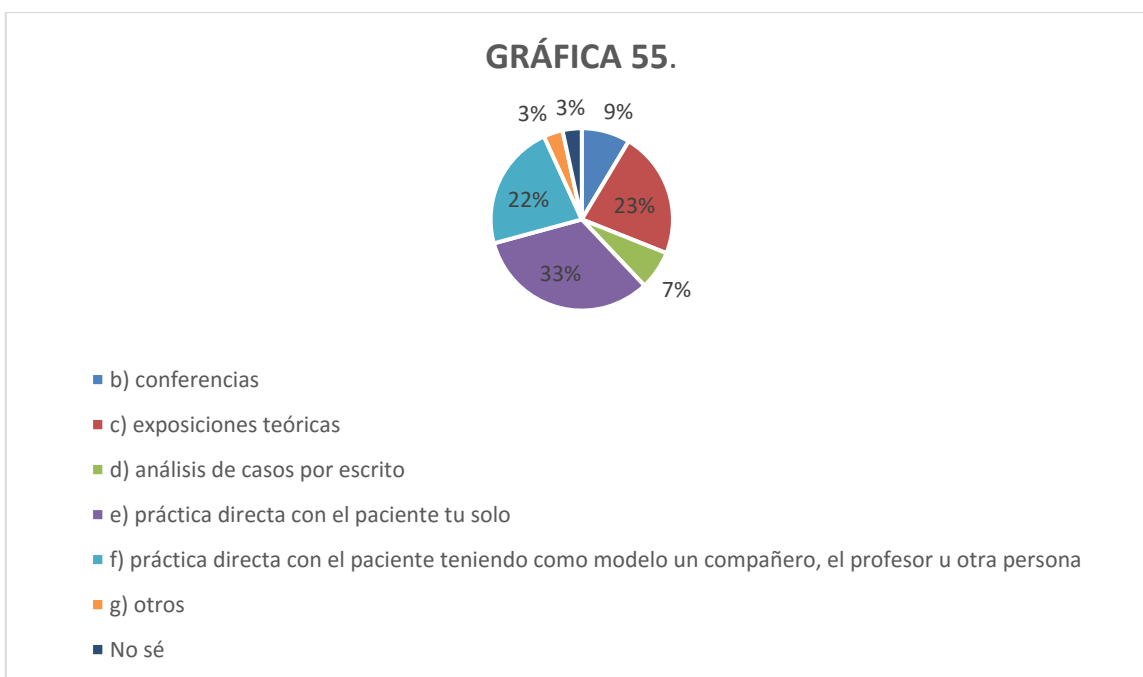


Gráfica 54. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El gráfico representa que el 29% de los profesionales de enfermería reconoce a Virginia Henderson dentro de las teorías de cuidado humanizado; el 20% reconoce a Jean Watson; 19% Dorethea Orem; 11% no sabe de teóricas que hablen de cuidado humanizado; el 6% Marjory Gordon; el 4% a Florence Nightingale el 3% a Hildegard Peplau; con el 2% encontramos a Madeleine Leininger y Martha Rogers y con 1% a Callista Roy.

Tabla 55. Estrategia

Estrategia	Frecuencia	%
b) conferencias	5	9
c) exposiciones teóricas	13	23
d) análisis de casos por escrito	4	7
e) práctica directa con el paciente tu solo	19	33
f) práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona	13	22
g) otros	2	3
No sé	2	3
Total	58	100.0

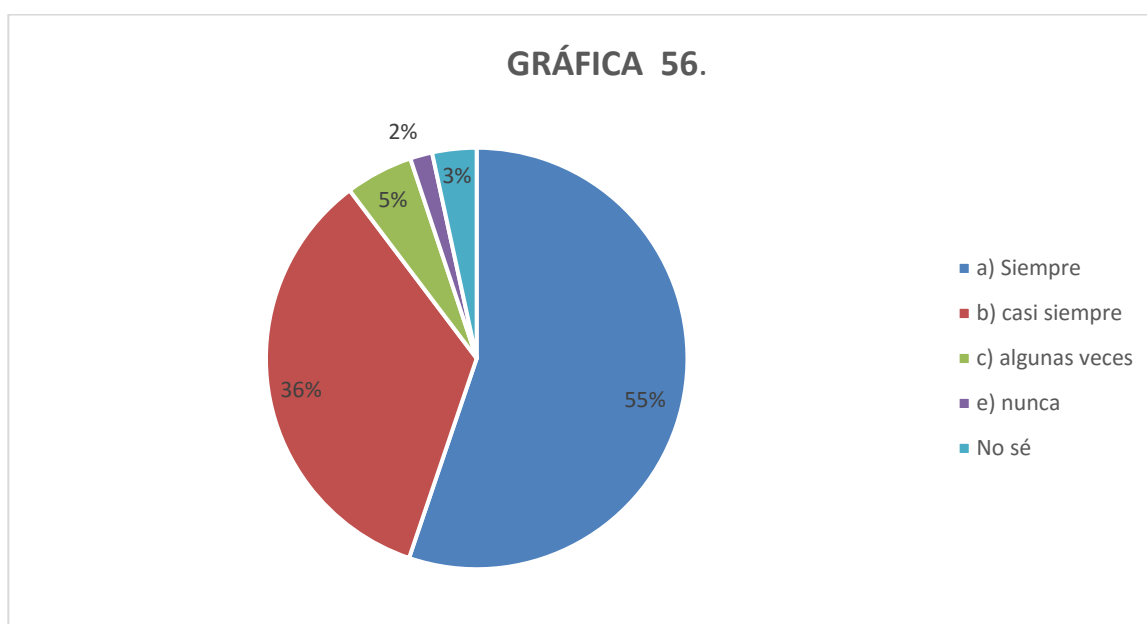


Gráfica 55. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

La gráfica anterior representa que la estrategia con mayor frecuencia es la práctica directa con el paciente ellos solos con un 33%; el 23% las exposiciones teóricas el 22% práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona el 9% con conferencias el 7% análisis de casos por escrito y por último con 3% se encuentra que no saben que contestar.

Tabla 56. Aplicación del cuidado humanizado

Aplicación del cuidado humanizado	Frecuencia	%
a) Siempre	32	55
b) casi siempre	20	36
c) algunas veces	3	5
e) nunca	1	2
No sé	2	3
Total	58	100.0



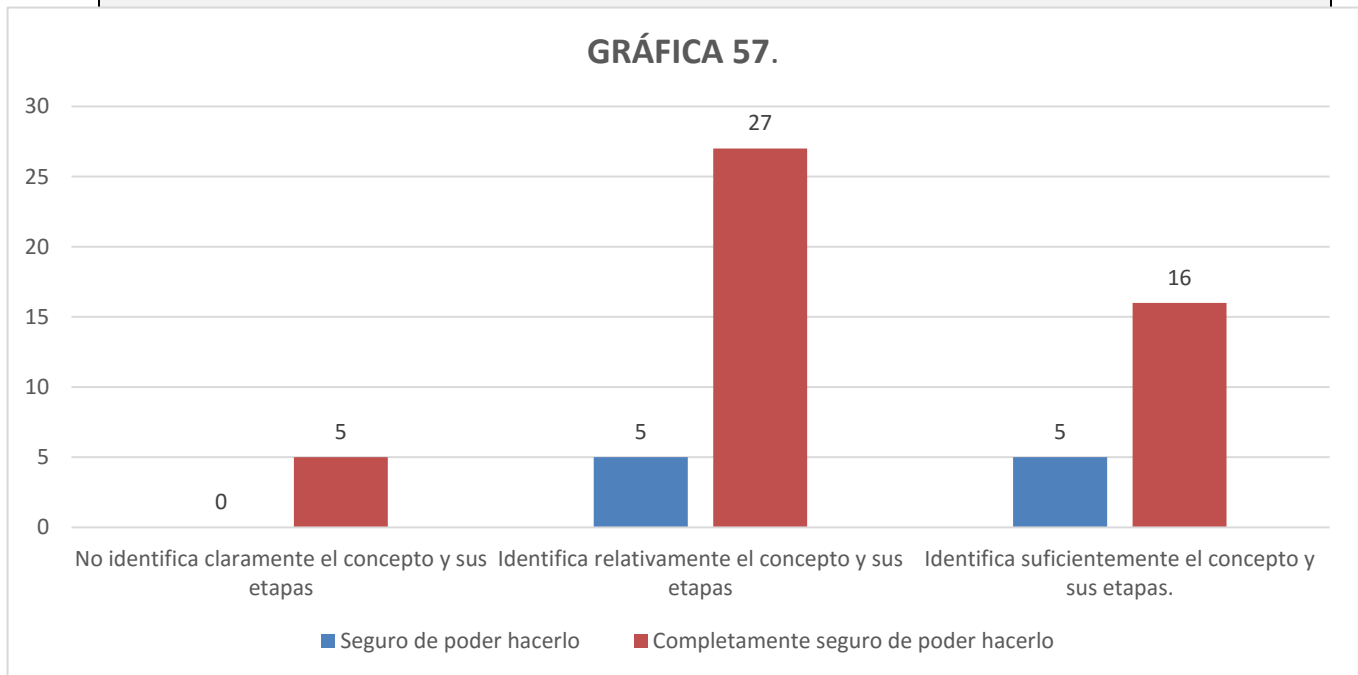
Gráfica 56. Fuente "Instrumento "Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado".

El 55% de los profesionales de enfermería mencionan que realizan el cuidado humanizado siempre; el 36% casi siempre; el 5% algunas veces; el 3% no sabe que contestar y el 2% no aplica nunca el cuidado humanizado.

Tabla57. Cruce entre Conocimiento y Autoeficacia del Cuidado Humanizado

Gráfica 57. Fuente “Instrumento “Conocimiento y percepción de Autoeficacia en la aplicación de cuidado humanizado”.

Conocimiento	Autoeficacia		Total
	Seguro de poder hacerlo	Completamente seguro de poder hacerlo	
No identifica claramente el concepto y sus etapas	0	5	5
Identifica relativamente el concepto y sus etapas	5	27	32
Total	10	48	58



La relación existente entre el conocimiento y percepción de autoeficacia en el cuidado humanizado podemos observar en la tabla cruzada que no interfiere de manera significativa el conocimiento teórico para la percepción de poder realizar ampliamente el cuidado humanizado.

IX. Conclusiones.

De acuerdo a los hallazgos encontrados al aplicar el instrumento sobre el conocimiento que tienen los licenciados de enfermería al respecto del cuidado

humanizado encontramos que el 55% identifica relativamente el concepto y sus etapas, el 36% identifica suficientemente el concepto y sus etapas y el 9% no identifica claramente el concepto y sus etapas; siendo el 91% poseedores de conocimiento sobre cuidado humanizado, sin llegar a un dominio amplio de este.

De igual manera llama la atención que el 45% de los participantes no conoce el concepto de cuidado siendo este de los más importantes dentro de la formación y práctica de los profesionales de enfermería, ya que el cuidado es el objeto de estudio dentro de la ciencia de enfermería; existiendo una brecha entre el conocimiento de los conceptos básicos de enfermería y la percepción de autoeficacia en la realización del cuidado.

Siendo los datos generados por el estudio que los Licenciados en Enfermería perciben en un 82% ser completamente capaces de poder implementar el cuidado humanizado en la atención diaria brindada a las personas bajo su cuidado; y el 18% restante se sienten seguros de poder implementar el cuidado humanizado en la atención a las personas.

Encontramos que la relación existente entre el conocimiento con el que cuentan los licenciados en enfermería de la institución y la percepción de autoeficacia en la aplicación del cuidado humanizado; es que el conocimiento con el que cuentan no interfiere de manera negativa sobre la capacidad de los profesionales de enfermería para percibir que brindan de manera eficaz el cuidado humanizado en la atención prestada a las personas bajo su cuidado.

Este estudio nos permitió conocer el conocimiento y la percepción de autoeficacia del Cuidado Humanizado que poseen los Licenciados en Enfermería, así como la aplicación del día a día en su hacer enfermero, donde es necesario ponderar que el Cuidado humanizado es un pilar primordial para la atención de la salud de las personas y sea posible lograr una mayor complicidad entre las intervenciones realizadas por el profesional y el conocimiento adquirido en la formación profesional, obteniendo así un equilibrio del ser y hacer del profesional de Enfermería.

Donde el conocimiento debe ser coadyuvante para mejorar los cuidados del

profesional de enfermería reforzara las acciones positivas durante el cuidado así como detectar los errores ambas en pro del mejoramiento continuo del quehacer diario de enfermería.

X. Sugerencia e impacto de estudio, limitaciones.

A nivel académico

- A lo largo de la formación académica se promueva que los estudiantes identifiquen los diferentes aspectos que pueden influir en la salud y enfermedad de la persona como los aspectos internos que son psicológicos, socioculturales, espirituales y biológicos; y los externos como el entorno, el trabajo, la familia y la seguridad. Así como la identificación de las bases epistemológicas y conductuales que permitan al profesional de Enfermería tener una formación humanística y un acercamiento real y autentico con la persona que es merecedora de un cuidado humanizado.
- Potenciar la formación de estudiantes universitarios con visión humanista.
- Promover que el profesional de Enfermería realice investigaciones mediante teorías que permitan ampliar su campo de práctica otorgándole espacios reflexivos para identificar como es su relación con la persona, y que factores son los que afectan para brindar un cuidado humanizado con calidad.

Institucional

- Estimulación de la formación del profesional de Enfermería para que permita la identificación de las necesidades de las personas y comprender su estado de salud, creando así por medio del cuidado humanizado ambientes más seguros lo que permitirá aumentar la calidad del cuidado.
- Actualización y educación continúa sobre el cuidado humanizado y su impacto en la recuperación del bienestar de la persona.
- Sensibilizar al profesional de Enfermería en relación a las necesidades percibidas por la persona como un ser único y otorgarle la importancia y el tiempo necesario para la satisfacción de estas.

- Hacer del cuidado humanizado una base fundamental para brindar el cuidado por el profesional de Enfermería, visualizándolo como un proceso de transformación a nivel organizacional, gerencial y de gestión de la institución, lo que permitirá la identificación de las necesidades de la persona, la accesibilidad, establecer una relación interpersonal fortalecida por el interés hacia la persona y la presencia auténtica, dando como resultado disminuir la incertidumbre, el miedo, el sentimiento de soledad y angustia de nuestro sujeto de estudio.
- Conocer la percepción de autoeficacia de la aplicación del cuidado humanizado del profesional de Enfermería, lo cual debe considerarse una herramienta de gestión informativa que facilite la planeación de intervenciones para el fortalecimiento de las habilidades y competencias del profesional.

Limitaciones

- Las múltiples actividades realizadas por el profesional de Enfermería represento una variabilidad del tiempo en la recolección de datos, ampliando el tiempo de la entrevista, lo que llevó un período más prolongado para lograr la muestra establecida.
- El desconocimiento de la teoría del Cuidado humanizado represento un factor negativo para que algunos profesionales de Enfermería se negaran a contestar el instrumento

XI. Trabajos citados

Afanador, N. P. (2002). *Univerdidad Nacional de Colombia* . Recuperado el 21 de Agosto de 2016, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/20210/1/16312-50818-1-PB.pdf>

Casimiro Torres , Z. E. (2016). CALIDAD DE CUIDADOS HUMANIZADOS QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE HUÁNUCO-2016. Recuperado el 17 de Octubre de 2017, de <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/329;jsessionid=65AF375EEA47BC674DB9585F8910C670>

- Contreras Méndez , I., Romero Massa , E., Pérez Pájaro, Y., Moncada, A., & Jiménez Zamora , V. (2013). Cuidado Humanizado de Enfermería en Pacientes hospitalizados. *Ciencias Biomedicas*, 60 - 68. Recuperado el 17 de Octubre de 2017, de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
- Espada, J., Gonzalez, M. T., & Carballo, J. L. (2012). Recuperado el 28 de Julio de 2017, de Electronic Journal of Research in Educational: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551018.pdf>
- Guevara, B. E. (Enero de 2014). *SCielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016
- Guzmán Tello, S. M. (2011). El cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson. Recuperado el 17 de Octubre de 2017, de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/571>
- Hernández Cortina, A. &. (2004). *SciElo*. (R. C. Enfermería, Ed.) Recuperado el 28 de Septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es&tlng=es
- Joven Beltran , Z. M. (2017). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. (U. N. Colombia, Ed.) Recuperado el 17 de Octubre de 2017, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/56941/>
- León Román, C. A. (2006). *SciElo*. (R. C. Enfermería., Ed.) Recuperado el 26 de Septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es.
- Luz Nelly Rivera Álvarez, Á. T. (2007). Recuperado el 14 de Mayo de 2016, de Universidad Nacional de Colombia : <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
- Margarita Poblete Troncoso, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios . *Acta*, 499-503. Recuperado el 8 de octubre de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
- Nájera, D. R. (4 de Abril de 2007). *Revistas UNAM*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30285/28132>
- Navarro, C. L., Gómez, S. C., Schmitt, V. G., Figueroa, P. G., Araya, C. L., Toro, J. P., . . . Muñoz, R. S. (18 de Noviembre de 2014). Recuperado el 02 de octubre de 2016, de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/download/564/563>
- NOM-019. (02 de Septiembre de 2013). *Secretaria de Salud*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2016, de



http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL=400despliegue&anio=2013&Id_Nota=234

OLIVARI MEDINA CECILIA, U. M. (2007). *SciELO*. Recuperado el 25 de Julio de 2017, de AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&I

Parra, G. I. (2007). Humanización del cuidado de Enfermería . *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 19-25. Recuperado el 12 de Agosto de 2017

Santiago, M. Á. (Abril de 2009). *El SEVIER*. Recuperado el 17 de septiembre de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>

Urra, E. (Agosto de 2009). *SCielo*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002

Vargas, C. O. (Diciembre de 2002). *Medigraphic*. (I. N. Cardiología., Ed.) Recuperado el 21 de Septiembre de 2016

XII. Anexos.

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Licenciatura en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación, aplicado por los estudiantes Citlali Anel Vilchis Minguela y Víctor Manuel González Martínez, como requisito para obtener el Título de Licenciados en Enfermería, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Estoy consciente que la información que estoy suministrando permitirá analizar la información para buscar posibles soluciones al problema planteado de la investigación: *“Conocimiento y Autoeficacia del Cuidado Humanizado en los Licenciados en Enfermería en una Institución de tercer nivel de Atención”*.

Entiendo que fui elegida(o) para este estudio por ser Licenciado en Enfermería. Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, por lo que no se revelara a otras personas, por lo tanto, no afectara mi situación personal.

Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar información y de participar en el trabajo en cualquier momento. Además, afirmo que se me proporciono suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con los estudiantes a los números 55-59-65-92-02 y 55-80-83-65-78

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma de la investigadora

Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN LA APLICACIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO

Este cuestionario es confidencial y los resultados obtenidos se emplearan sólo con fines de la propia investigación cuyo objetivo es: recabar información acerca de los conocimientos que se poseen acerca del Cuidado Humanizado y la autoeficacia percibida en su aplicación.

DATOS GENERALES.

1. Edad. _____ años cumplidos 2. Sexo: (F) (M) 3. Año en que termino la carrera _____
4. Turno: _____ 5. Servicio: _____
6. Institución donde realizó sus estudios: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una (X) la respuesta que considere usted correcta.

7-. El cuidado es definido como:

- a) La acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí misma.
- b) Ayuda para que una persona o una cosa esté en buenas condiciones.
- c) Acciones que se toma de manera anticipada para evitar que suceda algo negativo.
- d) Conservación de una cosa en buen estado o en una situación determinada para evitar su degradación.

8-. La definición de enfermería es:

- a) Ciencia que se enfoca en las enfermedades que afectan al ser humano.
- b) Método curativo de alteraciones físicas y emocionales de la persona.
- c) Profesión disciplinar y arte humanístico del cuidado a la persona
- d) Profesión humanística encargada de prevención del riesgo de enfermedad en la persona

9-. La base del cuidado humanizado es:

- a) Los componentes científicos y tecno-instrumentales.
- b) Conocimiento actualizado de las ciencias médicas.
- c) Acciones fundamentadas que realiza el personal de enfermería.
- d) Interacción interpersonal enfermera-persona-familia.

10-. Atributos que confieren la cualidad de ser persona a un individuo.

- a) El tener pensamiento cognitivo intelectual.
- b) El conocimiento y capacidad de realizar juicios de valor.
- c) Capacidad de interactuar positivamente con otras personas.
- d) Su existencia en el mundo.

11-. La persona se considera intemporal porque:

- a) Orienta sus propios actos y de sentir y actuar.
- b) Trasciende a pesar del tiempo y del espacio
- c) Se adapta al tiempo, espacio y situación
- d) Permanecer estático ante los cambios entórnales

12-. El cuidado de Enfermería implica:

- a) Identificar, diagnosticar y curar la vida de la persona
- b) Diagnosticar, fortalecer y conocer la vida de la persona
- c) Promover, prevenir, intervenir y rehabilitar la vida de la persona
- d) Ayudar, orientar y tratar la enfermedad de la persona

13-. La enfermera reconoce en la persona los siguientes atributos como parte del cuidado humanizado:

- a) Alegría, amor, resiliencia, rechazo, derecho, confianza y entendimiento.
- b) Espiritualidad, alegría, valentía, respeto, amor y conocimientos.
- c) Flexibilidad, fuerza, agilidad, resonancia, intelecto y sabiduría
- d) Conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes

14-. La persona desde el punto de vista del cuidado humanizado es:

- a) Ser vivo que tiene capacidad para razonar, hablar y fabricar objetos que le son útiles
- b) Organismo de alta complejidad que nace, crece, alcanza la capacidad para reproducirse y muere.
- c) Una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente.
- d) Ser dotado de razón, consciente de sí mismo y poseedor de fuerza propia.

15-. Cuáles son los valores humanos que prácticas en el cuidado a la persona:

- a) Responsabilidad, respeto y honestidad.
- b) Amabilidad, ecuanimidad y sentido común
- c) Conocimiento simpatía e intelecto.
- d) Dignidad, empoderamiento y solidaridad.

- 16.. La fe y esperanza en el cuidado humanizado se da cuando:
- Los cuidados se desarrollan y se sostienen en una confianza mutua
 - Los cuidados se transforman en una práctica donde se pondera un sistema de creencias.
 - Los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime.
 - Los cuidados cultivan las propias prácticas espirituales y transpersonales.
- 17.. Dentro del cuidado humanizado el profesional de enfermería se percibe como:
- Aquel que identifica, planea e interviene en las necesidades de la persona
 - Aquel que está enfermo y necesita de la persona
 - Aquel que ayuda a la persona al conocimiento de sí mismo y le cura
 - Aquel que desconoce y omite las necesidades de la persona
- 18.. Al fomentar en la práctica de cuidado la expresión y aceptación de los sentimientos se logra:
- Una relación creativa para resolver problemas, incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando
 - Una relación de cuidado auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias.
 - Una conexión más espiritual tanto del que cuida, como del que es cuidado
 - Establecer una experiencia que enlaza la enseñanza y aprendizaje como una unidad de "ser".
- 19.. El cuidado humanizado es un proceso debido a que:
- El profesional de enfermería realiza acciones sin contemplar los deseos de la persona
 - El profesional de enfermería realiza acciones para satisfacer las necesidades de la persona
 - El profesional de enfermería brinda los mismos cuidados a todas las personas
 - El profesional de enfermería identifica la enfermedad y prescribe el tratamiento
- 20.. El objetivo del cuidado humanizado es:
- Garantizar un cuidado especializado e integral y de calidad
 - Planear, ejecutar y evaluar programas de cuidado holístico.
 - Aportar conocimientos y destrezas especializadas en el tratamiento de las personas.
 - Facilitar que las personas adquieran un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma.
- 21.. El proceso de enfermería es:
- Un método sistemático y organizado para proporcionar calidad de cuidados al individuo
 - Una forma de valorar al individuo con problemas.
 - Una táctica para poder llegar más pronto al cumplimiento de los objetivos
 - Una técnica de recolección y validación de datos.

NIVEL DE AUTOEFICACIA (ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA)

Formato de respuesta: Elige la respuesta que consideres que más se acerca a tu experiencia personal marca con una (x)

EL CUIDADO HUMANIZADO	Completamente seguro de poder hacerlo 5	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo 1
1. Hace más sencillo el resolver problemas de salud, relacionados con las personas bajo mi cuidado.					
2. Facilita alcanzar mis objetivos planteados al cuidar a las personas.					
3. Permite el manejo eficaz de situaciones inesperadas que presentan las personas.					
4. Me permite realizar una valoración dentro del proceso de atención de enfermería.					
5. Me permite realizar diagnósticos de enfermería.					
6. Me permite realizar planeación de mis intervenciones					
7. Facilita realizar mi evaluación de mis intervenciones.					
8. Gracias a la interacción constante puedo hacer modificaciones en el cuidado según las necesidades humanas del paciente.					
9. Soy capaz de ejecutar eficientemente actividades de cuidado humanizado para resolver situaciones difíciles con respecto a la salud de la persona.					
10. Puedo resolver la mayoría de los problemas que presenta la persona					
11. Aplico los conocimientos obtenidos en mi formación sobre cuidado humanizado para fortalecer mi relación con el paciente.					
12. Me facilita la interacción con los familiares.					
13. Considero que cuento con las habilidades necesarias para ejecutar el cuidado humanizado de enfermería.					
14. Facilita mis labores diarias al cuidar la persona.					
15. Me siento realmente satisfecho (o) con las intervenciones que realizo					

	Completamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Apenas cierto de poder hacerlo	No puedo hacerlo
16. Considero sencillo llevar a cabo la práctica del cuidado humanizado.					
17. Al aplicar las teorías de enfermería de cuidado humanizado, me es más fácil brindar cuidado.					
18. Soy capaz de interactuar con las persona para prever situaciones difíciles con respecto a la salud del paciente					
19. Puedo detectar deficiencias en el cuidado hacia las personas.					
20. Me resulta fácil aplicar el cuidado humanizado , aunque algo o alguien se me oponga					
MODELAJE VICARIO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
21. Ver al mis superiores (jefes) aplicar el cuidado humanizado aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
22. Ver a mis compañeros (as) aplicar el cuidado humanizado aumenta mi confianza para ejecutarlo.					
23. Ver a otros profesionales de la salud aplicar el cuidado humanizado aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
24. Independientemente de quien sea, el ver aplicar el cuidio humanizado aumenta mi confianza para ejecutarlo en el cuidado a los pacientes					
PERSUASIÓN VERBAL Y TRABAJAR SOBRE EXITO					
25. Los profesores me han hecho énfasis para que utilice el cuidado humanizado.					
26. Mis compañeros me ha hecho énfasis para que haga uso del Cuidado humanizado					
27. Al reportar errores en el cuidado que brindo me motivan para corregirlos					
28. Mis superiores (jefes) me hacen énfasis en los logros que alcanzo al implementar el PAE					

29.-Los conocimientos que tienes sobre cuidado humanizado ¿quién te ayudó a comprenderlos mejor?:

a) Docentes de enfermería b) compañeros c) Jefes

30. ¿Qué dificultades encuentras al aplicar el Cuidado humanizado?

31. Desde tu opinión personal, ¿cuál es el beneficio que te reporta usar o aplicar el Cuidado humanizado?

32. Menciona algunas teorías que hable acerca del Cuidado Humanizado.

33. La estrategia que te ha resultado más eficaz para el aprendizaje del Cuidado humanizado es: (marca solo una)

- a) videos b) conferencias c) exposiciones teóricas d) análisis de casos por escrito e) práctica directa con el paciente tu solo
f) práctica directa con el paciente teniendo como modelo un compañero, el profesor u otra persona g) otros, especifica: _____

34. En tu experiencia práctica como profesional de salud, el cuidado humanizado lo aplicas:

- a) Siempre b) casi siempre c) algunas veces d) casi nunca e) nunca

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN