

Autoeficacia percibida para proveer cuidados humanizados por parte de estudiantes de Enfermería de Buenos Aires, Argentina.

Perceived Self-Efficacy to provide humanized care among Nursing Student's from Buenos Aires, Argentina.

Mariela Quintana-Honores ^{1*}, Carlos J. Canova-Barrios²

¹ Instituto Superior de Enfermería Artémides Zatti (ISEAZ), Argentina, mquintanahonores@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-3291-5508>

² Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Oeste (UNO), Argentina, carlos.canova1993@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3901-6117>

* Correspondencia: mquintanahonores@gmail.com

Recibido: 7/6/25; Aceptado: 2/7/25; Publicado: 4/7/25

Resumen:

Objetivo: Evaluar la autoeficacia percibida por los estudiantes de pregrado en enfermería para proporcionar cuidados humanizados y vincularse con los pacientes. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Participaron 66 estudiantes de pregrado en enfermería, quienes respondieron el *Caring Efficacy Scale* (CES) en su versión en español. El análisis de los datos se realizó con el programa Infostat. **Resultados:** Los encuestados tenían una media de edad de 32,38 años (DE=10,73), eran mayoritariamente mujeres (87,88%), con hijos (51,52%), del primer año del plan de estudios (42,42%) y sin experiencia laboral en el ámbito de la salud (53,03%). La media de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue de 136,62 (DE=18,61) de 180. Los estudiantes del tercer año del plan de estudios obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión «Dudas y preocupaciones», de modo que a mayor formación, menor cantidad de dudas al dispensar cuidados. Asimismo, los estudiantes con experiencia laboral en salud tuvieron una mejor percepción global. **Conclusión:** El 63,64% de los estudiantes tuvo una autopercepción de eficacia alta para brindar cuidados humanizados. El año del plan de estudios en que se encontraban matriculados y la experiencia laboral en salud, mostraron relación con la eficacia percibida.

Palabras clave: Autoeficacia, Atención de enfermería, Estudiantes de enfermería, Educación en Enfermería, Humanización de la atención.

Abstract:

Objective: To evaluate undergraduate nursing students' perceived self-efficacy in providing humanized care and relate with patients. **Methods:** A descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted. Sixty-six undergraduate nursing students participated and answered the Spanish version of the *Caring Efficacy Scale* (CES). Data analysis was performed using Infostat. **Results:** The respondents had a mean age of 32.38 years (SD = 10.73), were predominantly female (87.88%), had children (51.52%), were in the first year of the study curricula (42.42%), and had no work experience in healthcare (53.03%). The mean self-efficacy score for providing humanized care was 136.62 (SD = 18.61) out of 180. Students in the third year of the curriculum obtained higher scores in the "Doubts and concerns" dimension, indicating that higher education leads to fewer doubts when providing care. Likewise, students with work experience in healthcare had a better overall perception. **Conclusion:** 63.64% of students perceived themselves as highly effective in providing humanized care. The year of the study curricula in which they were enrolled and work experience in healthcare were found to be related to perceived efficacy.

Keywords: Self efficacy, Nursing care, Nursing students, Nursing education, Humanization of assistance.

1. Introducción

El enfoque de la humanización en la asistencia sanitaria busca restaurar la dignidad de las personas, reconociéndolas como seres de cuidado y no como objetos de cuidado (1). Ello permite brindar una atención en salud que piense en el sujeto de forma integral, dando respuesta a todas sus necesidades, impulsando la recuperación y el bienestar, y fortaleciendo la confianza en el sistema de salud. Como menciona Berardi (2), la concepción de humanización de la atención trae aparejado consigo la necesidad de pensar en la autoconsciencia, dado que los comportamientos de humanización son aplicados de modo racional y reflexivo. Por lo anterior, se requiere de considerar desde la formación de pregrado la inclusión de contenidos curriculares que respondan a este modelo de atención (3).

Desde la enfermería, diversas teoristas han abordado aspectos vinculados con la humanización del cuidado, siendo la más relevante la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (4). Esta teoría se centra en la ejecución de los roles de cuidado enfermero como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud y la rehabilitación, a través de un enfoque humanista. Watson refiere que el personal de enfermería debe establecer una conexión profunda con el paciente, reconociendo su singularidad (individualidad) y promoviendo el bienestar integral. La persona es concebida como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, por lo que el cuidado no puede desacoplar estos elementos (4-5). La Teoría del Cuidado Humano destaca en sus bases los diez factores caritativos, los cuales enfatizan en el accionar de enfermería a la relación de ayuda, la autenticidad, la confianza, la fe, la esperanza y la expresión de las emociones. Los tres primeros factores sustentan las bases de la teoría (fundamento filosófico) y se orientan hacia la formación de sistemas de valores humanísticos-altruistas, infundir fe-esperanza en el cuidado, y cultivar una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás; mientras, los siete factores restantes derivan de los tres primeros y complementan el desglose teórico buscando desarrollar una relación de ayuda y confianza en el cuidado, promover una expresión de sentimientos, usar la resolución de problemas para la toma de decisiones, promover la enseñanza-aprendizaje, promover un ambiente de apoyo, ayudar con la gratificación de las necesidades humanas, y permitir el desarrollo existencial (4-5).

Teniendo en cuenta que el personal de Enfermería representa la mayoría del sistema de salud (6), resulta indispensable formarlos más allá de una concepción biologicista y centrada en la enfermedad. Países como Argentina incluyen en la malla curricular de la carrera de Enfermería un 20% de contenidos relativos al eje socio-humanístico de la profesión de modo obligatorio (7), buscando responder a un marco legal que ubica a la humanización como parte relevante del sistema de salud.

Basados en lo anterior, se requiere que los estudiantes de Enfermería se perciban a sí mismos como eficaces para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes. Este concepto es denominado por Bandura (8) como “autoeficacia”, aludiendo al hecho de que la motivación humana (intención de realizar algo) y la conducta (consumación del hecho) son regulados por el pensamiento, de modo que los actos son consecuencia de la creencia de poseer las habilidades o capacidades para realizar una actividad. Así, en este caso, la percepción de autoeficacia se traslada a una mayor humanización en la atención (8). A nivel profesional, habilidades vinculadas a la humanización como la comunicación y la empatía, se relacionan con un menor desgaste profesional, mantenimiento de la motivación frente al trabajo, mayor compromiso con el desarrollo profesional continuo y una mejor cultura organizacional (9).

Dada la relevancia del tema, se requiere de la realización de estudios que evalúen la percepción de autoeficacia en los estudiantes de Enfermería para brindar cuidados humanizados, permitiendo en caso de detectar desviaciones, del diseño e implementación de procesos educativos que propendan por el desarrollo de las habilidades asociadas. Estudios realizados en Argentina han descrito que los estudiantes de Enfermería tienen una percepción de autoeficacia positiva, evaluada entre moderada y alta para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes (10-11), y esta se relaciona con variables como la edad, el género, la tenencia de hijos, la experiencia laboral, el área y carga del trabajo y el tiempo de experiencia laboral (10).

El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes de los estudiantes de la carrera de Tecnicatura en

enfermería de una institución de educación superior no universitaria de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina durante el primer cuatrimestre del 2025.

2. Métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. La muestra estuvo conformada por 66 estudiantes de una institución de educación superior no universitaria de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) durante el primer cuatrimestre del 2025. Se incluyó a los estudiantes del primer a tercer año de la carrera, que accedieron a participar voluntariamente. Se implementó un muestreo no probabilístico (censal).

Para la recolección de los datos se implementó el instrumento *Caring Efficacy Scale* (CES) diseñado por Carolie Coates bajo la Teoría del Cuidado Humano de Watson. Este instrumento fue validado en Argentina (8-11) y cuenta con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,82 y 0,91. El CES está conformado por 30 reactivos que representan afirmaciones que son respondidos en una escala ordinal de seis adjetivos que son Fuertemente en desacuerdo, Moderadamente en desacuerdo, Ligeramente en desacuerdo, Ligeramente de acuerdo, Moderadamente de acuerdo y Fuertemente de acuerdo. Para el análisis de los datos se asignan valores que oscilan entre 1 y 6 puntos, usando el criterio de que a mayor puntaje, mejor es la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados.

Los reactivos son agrupados en dos dimensiones que son “Confianza para brindar cuidados” (reactivos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 18, 19, 22, 25 y 28) y “Dudas y preocupaciones al brindar cuidado” (reactivos 1, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29 y 30). Los reactivos de esta última dimensión son invertidos para mantener la consistencia del puntaje. El puntaje global del instrumento surge de la sumatoria de los valores de los treinta reactivos y se categorizan como: baja autoeficacia (puntajes entre 30 y 80 puntos), moderada autoeficacia (puntajes entre 81 y 130 puntos) y alta autoeficacia (puntajes entre 131 y 180).

La recolección de la información se complementó con cinco preguntas destinadas a caracterizar sociodemográficamente a los estudiantes, indagando sobre la edad, el género, la tenencia de hijos, el año del plan de estudio en que están matriculados y la experiencia laboral en salud.

La recolección de los datos se realizó durante el horario de clases. Los estudiantes fueron invitados a participar en el estudio y se les explicó el alcance del trabajo, objetivos y en qué consistía su participación. Se implementó el consentimiento informado digital. El instrumento fue presentado en forma digital por medio del software *Google Forms* y fue facilitado a los estudiantes que aceptaron participar por medio de un código QR.

Los datos recolectados fueron extraídos en una base de datos en Microsoft Excel y se analizaron con el software Infostat v/L. Se calcularon frecuencias relativas (f) y absolutas (%) a las variables cualitativas; y media, desviación estándar e Índices de Confianza al 95% (IC95%) a las variables cuantitativas. Dado que las variables no siguen una distribución normal, el análisis inferencial se realizó con pruebas no paramétricas: test U-Mann Whitney Wilcoxon, Kruskal Wallis y correlación de Spearman. La magnitud del efecto fue medida con la d de Cohen y Eta Cuadrado (η^2). Se fijó un nivel de significancia estadística de $p=0,05$.

Se contó con la aprobación institucional para la realización del estudio. Se respetaron los recaudos éticos contenidos en la legislación vigente en la República Argentina. La participación fue voluntaria y se implementó el consentimiento informado. La recolección de datos fue anónima. No se incluyó la evaluación de datos sensibles. El estudio es considerado como “sin riesgo” dado su carácter observacional y anónimo.

3. Resultados

Participaron 66 estudiantes de la carrera de Tecnicatura en Enfermería de una institución de educación superior no universitaria. Los encuestados tuvieron un promedio de edad de 32,38 años ($DE=10,73$), y fueron mayormente de género femenino (87,88%), con hijos (51,52%), del primer año del plan de estudios (42,42%) y sin experiencia laboral en salud (53,03%) (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

Variable	<i>n</i>	%
Edad		
Media (DE)*	32,38 (10,73)	
Género		
Femenino	58	87,88
Masculino	8	12,12
Hijos		
Sí	34	51,52
No	32	48,48
Año de estudio		
Primer año	28	42,42
Segundo año	12	18,18
Tercer año	26	39,39
Experiencia laboral en salud		
Sí	31	46,97
No	35	53,03
Total	66	100

*DE=Desviación estándar.

Al analizar el comportamiento de los ítems del instrumento, se encontró que el ítem 1 “No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes” tuvo la media más baja (2,77, DE=1,62, IC95%=2,37-3,16) lo cual se considera positivo en la escala de medición dado el carácter inverso del ítem y que corresponde con la opción *Ligeramente en desacuerdo*. A su vez, el ítem 22 “Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona” presentó la media más alta (5,17, DE=1,26, IC95%=4,86-5,47) correspondiente a la opción *Moderadamente de acuerdo* (tabla 2).

El promedio de autoeficacia para brindar cuidados humanizados fue de 136,62 (DE=18,61, IC95%=132,04-141,19) de 180 puntos posibles, representando el 75,90% del puntaje total del instrumento. En el análisis categórico, se encontró que el 63,64% de los encuestados tuvo una percepción alta de autoeficacia (figura 1).

No se halló correlación entre las variables edad con el puntaje global y de las dimensiones del instrumento ($p=0,976$). No hubo relación entre las variables género ($p=0,732$), tenencia de hijos ($p=0,424$) y año de cursada ($p=0,106$) con el puntaje global ni con las dimensiones de la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente. Sin embargo, se identificó que los estudiantes que cursaban el tercer año del plan de estudios tenían medias más altas en la dimensión “Dudas y preocupaciones”, lo cual se interpreta de modo que a mayor formación, se perciben menos dudas y preocupaciones al brindar cuidados (primer año=55,32, segundo año=52,50, tercer año=65,12; $p=0,004$). El análisis de varianza indicó diferencias estadísticamente significativas ($F=5,85$), con una magnitud del efecto moderada ($\eta^2=0,16$), lo que refuerza la relevancia del nivel académico en el desarrollo de la confianza para proporcionar cuidados humanizados.

Se encontró que los estudiantes que tenían experiencia al cuidado de pacientes (formal o informalmente), tuvieron mejor percepción de autoeficacia global para brindar cuidados humanizados (Sí=142,61, No=131,31, $p=0,012$), así como en la dimensión “Dudas y preocupaciones” (Sí=62,32, No=55,43, $p=0,037$). La magnitud de estos efectos fue moderada, según los valores de la d de Cohen, que fueron de 0,633 para la autoeficacia global y 0,526 para la dimensión “Dudas y preocupaciones”.

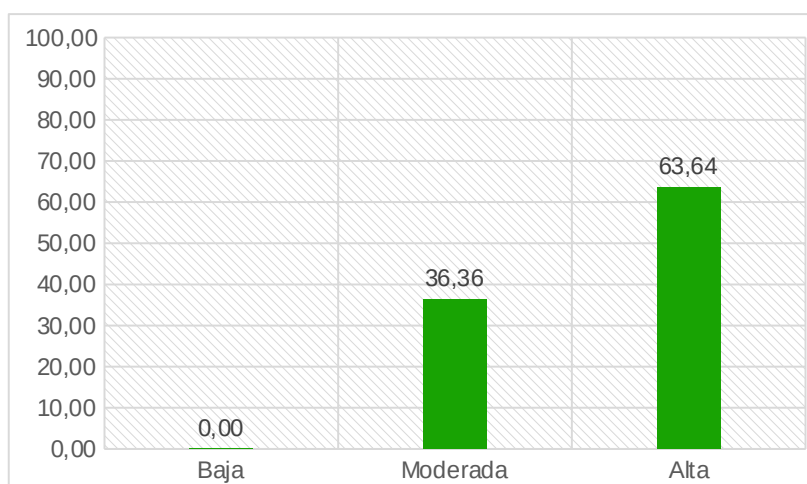


Figura 1. Valoración de la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente de los estudiantes de enfermería.

4. Discusión

La humanización de los cuidados es actualmente un componente de gran relevancia en la atención sanitaria y se ha buscado formar a los profesionales para que brinden cuidados integrales y con una visión más humana. La dispensación de cuidados humanizados puede ser influenciada por la capacidad percibida para brindarlos, haciendo indispensable un adecuado desarrollo y fortalecimiento de estas competencias durante la formación de grado (12).

En el presente estudio se halló que la mayoría de los encuestados tenían una percepción de autoeficacia alta, lo cual es corroborado por estudios realizados con poblaciones similares. Al respecto, estudios realizados en Argentina han hallado niveles altos de autoeficacia (8, 10-11), sin embargo, se han centrado en estudiantes del último año de carreras de grado y de instituciones universitarias, siendo el presente estudio un antecedente del comportamiento de la variable de interés en estudiantes de diversos años del plan de estudio y de pregrado en Enfermería (Tecnatura en Enfermería). Sin embargo, resulta relevante destacar que el hallazgo de niveles positivos de autoeficacia en estudiantes de pregrado contrasta con los resultados de un estudio realizado en Buenos Aires (8) en el cual se identificó una valoración negativa de las habilidades para dispensar cuidados humanizados. De acuerdo con Choi (13) son cinco los factores que influyen la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados en estudiantes de enfermería: cualificaciones y personalidad para cuidar, autoconfianza en las capacidades para cuidar, crecimiento a través de la experiencia de cuidar, entorno educativo para aprender a cuidar y el apoyo social. Lo anterior, podría explicar las diferencias detectadas entre los estudios mencionados, dado que en un trabajo (8) se incorporaron tanto estudiantes como profesionales de diversas instituciones sanitarias y educativas, y en el otro, se incorporaron estudiantes de una única institución de carácter confesional, lo cual puede influir en el enfoque de la atención orientándolo a uno más integral. Este último elemento fue descrito por Larico Calla & Mamani Quispe (14) en Perú, quienes en una muestra de 117 estudiantes de enfermería identificaron una relación entre la espiritualidad y la autoeficacia para brindar cuidados humanizados.

Se encontró que los estudiantes del último año del plan de estudios (tercer año) tenían una mejor percepción de autoeficacia. Esto puede estar asociado con un mayor nivel de formación; al haber transitado por una mayor cantidad de actividades curriculares han adquirido mayor experiencia clínica, desarrollo de competencias humanísticas, integración teórico-práctica y una identidad profesional más consolidada (8, 15-16). La combinación de factores mencionados los hace sentirse más capaces, empáticos y competentes.

Relativo al hallazgo de mayor autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados en estudiantes que reportaron experiencia laboral en salud (principalmente aquellos que trabajan como cuidadores domiciliarios o pasantes de enfermería), se ha descrito en la literatura que se vincula con

una mayor exposición al entorno clínico lo cual les brinda experiencia en la interacción con pacientes reales y otros profesionales de la salud, reduciendo la ansiedad y mejorando la seguridad personal para actuar de forma empática y eficaz. Esto a su vez permite un mayor desarrollo de habilidades comunicativas, empatía, tolerancia y escucha activa, brinda mayor confianza para la toma de decisiones (autonomía y capacidad de resolución de problemas), interiorización del rol del profesional de enfermería (imitación de modelos profesionales positivos y mayor comprensión de la dimensión humana del cuidado), y finalmente, la retroalimentación positiva del entorno laboral por su trabajo humanizado refuerza su percepción de autoeficacia y lo motiva a seguir actuando con calidez y respeto (8, 17-18). Es necesario destacar que la carga laboral aumentada, en conjunto con la necesidad de cumplir con los compromisos académicos, puede derivar en el desarrollo del Burnout, y con ello, a la deshumanización en la atención, siendo la experiencia laboral y la carga de trabajo variables que puede actuar tanto positiva como negativamente en el ejercicio de la humanización del cuidado en los futuros profesionales de enfermería (19).

Estudios han descrito que el uso de metodologías activas y reflexivas contribuyen al desarrollo de competencias vinculadas con la humanización en estudiantes de Enfermería como el ejercicio de la empatía y la comunicación (19-20). A su vez, el uso de la simulación ha mostrado ser de utilidad para mejorar el grado de competencia para brindar cuidados humanizados en estudiantes de primeros años de la carrera (21-22). El nivel de conocimiento del estudiante guiará el ejercicio de su práctica (praxis), facilitando o dificultando la aplicación de prácticas humanizadas. Es por lo descrito que se requiere de la revisión del plan de estudios para incorporar componentes relacionados con la humanización, sobre todo en las asignaturas profesionales, dado que permiten la integración teoría-práctica de manera más eficaz (23-27).

Entre las limitaciones del estudio se pueden mencionar el hecho de que fue realizado en una única institución de carácter confesional, el bajo tamaño muestral y las características de los estudiantes que pueden afectar la representatividad de los resultados. Asimismo, la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados puede estar influenciada por los valores individuales, la personalidad y experiencias previas, sugiriéndose para futuros estudios incorporar estas variables en la recolección y análisis de los datos.

5. Conclusiones

- La autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente fue alta en una sexta parte de los encuestados.
- La percepción global de autoeficacia para brindar cuidados humanizados no mostró relación con las variables edad, género, tenencia de hijos y año del plan de estudios en el que está matriculado el estudiante.
- Se halló que a mayor formación, menores son las dudas y preocupaciones al brindar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes.
- Los estudiantes con experiencia laboral en salud obtuvieron una mejor percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados.

Financiación: No ha habido financiación.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

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

6. Referencias.

1. Cirese AP. El cuidado como resistencia: desafíos de género en la humanización de las terapias intensivas. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 2024, 10(2), 56-59. https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/249
2. Berardi C. Humanización de los cuidados: Acerca de los espacios, procesos y personas. *Revista Argentina de Medicina*. 2024, 12(3), 147-150. <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/1000/923>
3. Caicedo-Lucas LI, Mendoza-Macías CE, Moreira-Pilligua JI, Ramos-Arce GC. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida*. 2023, 7(14), 17-29.

<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>

4. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cubana Enfermer*. 2015, 31(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&nrm=iso
5. Pajnikihar M, Štiglic G, Vrbnjak D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*. 2017, 5, e2940. <https://doi.org/10.7717/peerj.2940>
6. World Health Organization. *State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery*. Geneva, 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381329/9789240110236-eng.pdf?sequence=1>
7. Ministerio de Educación, Argentina. *Resolución Ministerial 2721: Contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera de Enfermería*, 2015. Disponible en: <https://www.coneau.gob.ar/archivos/Resolucion-ministerial-Enfermeria-2721-15.pdf>
8. Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda Juarez ML, Barraud MI. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. *Rev Chil Enferm*. 2023, 5(1), 10-22. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69713>
9. Mansilla MA, Canova-Barrios C. Autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte del personal de enfermería. *Gac Med Bol*. 2024, 47(1), 20-26. <https://doi.org/10.47993/gmbv46i2.763>
10. Yurquina LG, Ramos-Cruz L, Gómez JC, Canova-Barrios C. Autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes del último año de Enfermería. *Rev Esp Edu Med*. 2024, 5(3). <https://doi.org/10.6018/edumed.616661>
11. Manzur KM, Robledo GP, Zarate K, Sánchez Urbano R, Fernández OG, Canova-Barrios C. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes de enfermería. *Investigación e Innovación*. 2024, 4(2), 40-49. <https://doi.org/10.33326/27905543.2024.2.1909>
12. Landman Navarro A, del Alcazar Pabst RM, Madrid Zamorano Y, Pais Veliz L, Rosenkranz Moreno E, Vivanco Lobato I. Habilidades para el cuidado humanizado en estudiantes de enfermería. *Enfermería (Montevideo)*. 2016, 5(1), 29-34. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i1.1190>
13. Choi HJ. Defining Caring Efficacy for Nursing Students in South Korea: A Mixed-Method Analysis. *SAGE Open Nurs*. 2024, 10, 23779608241281296. <https://doi.org/10.1177/23779608241281296>
14. Larico Calla G, Mamani Quispe D. Espiritualidad y cuidado humanizado de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020. *RCCS*. 2020, 13(2), 45-54. <https://doi.org/10.17162/rccs.v13i2.1426>
15. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob*. 2020, 19(58), 640-672. <https://doi.org/eglobal.392321>
16. Díaz Oviedo A, Villanueva Delgado IA, Martínez Licon JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery*. 2020, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
17. Tejada S, Ramírez EJ, Díaz RJ, Huyhua SC. Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería. *Enferm Univ*. 2019, 16(1), 41-51. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.577>
18. Sesento García L. La formación humanista en educación superior. Programas de tutorías en las universidades. *Innovaciones Educativas*. 2021, 23(34), 70-80. <https://doi.org/10.22458/ie.v23i34.3569>
19. Lopes AR, Nihei OK. Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. *Rev Bras Enferm*. 2020, 73(1), e20180280. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280>
20. Carvalho Pereira Melo RC, Pina Queirós PJ, Hiromi Tanaka L, Lúcio Henriques LV, Leiria Neves H. Nursing Students' Relational Skills with Elders Improve through Humanity Care Methodology. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, 17(22), 8588. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228588>
21. Mårtensson S, Knutsson S, Hodges EA, Sherwood G, Broström A, Björk M. Undergraduate nursing students' experiences of practicing caring behaviours with standardised patients. *Scand J Caring Sci*. 2023, 37(1), 271-281. <https://doi.org/10.1111/scs.13077>
22. Napolitano F, Calzolari M, Di Pietro S, et al. Pedagogical strategies to improve emotional competencies in nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2024, 142, 106337. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106337>
23. Marques dos Santos B, Costa Rosa Andrade Silva RM, Ramos Pereira E, Lopes Joaquim F, Pinto Goés TR. Nursing students' perception about humanized care: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018, 71(suppl 6), 2800-2807. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0845>

24. Sukcharoen P, Polruk J, Lukthitikul S, Eamchunprathip S, Petchsuk R. Undergraduate nursing students' experiences of palliative care in the intensive care unit. *BMC Nurs.* **2023**, 22(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01406-6>
25. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med (Lausanne).* **2024**, 11, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
26. Romero Quiñones DM, Díaz Jacanamijoi RA. Humanizando el cuidado. Reflexión ética y docente. *Salud, Arte y Cuidado.* **2021**, 14(2), 81-88. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7019279>
27. Gualdrón M, Barrera Ortega K, Parra González N. Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería. *AiBi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería.* **2019**, 7(S1), 7-12. <https://doi.org/10.15649/346030X.507>



© 2025 Universidad de Murcia. Enviado para publicación de acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 España (CC BY-NC-ND). (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 2. Autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente.

Nº	Reactivo	Fuertemente de Acuerdo	Moderadamente de Acuerdo	Ligeramente de Acuerdo	Ligeramente en Desacuerdo	Moderadamente en Desacuerdo	Fuertemente en Desacuerdo
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	2 (3,03%)	15 (22,73%)	2 (3,03%)	14 (21,21%)	13 (19,70%)	20 (30,30%)
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	29 (43,94%)	23 (34,85%)	7 (10,61%)	0 (0,00%)	5 (7,58%)	2 (3,03%)
3	Me siento cómoda al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado	24 (36,36%)	28 (42,42%)	8 (12,12%)	2 (3,03%)	1 (1,52%)	3 (4,55%)
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes	27 (40,91%)	27 (40,91%)	4 (6,06%)	2 (3,03%)	2 (3,03%)	4 (6,06%)
5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada	23 (34,85%)	24 (36,36%)	8 (12,12%)	3 (4,55%)	2 (3,03%)	6 (9,09%)
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	19 (28,79%)	30 (45,45%)	6 (9,09%)	4 (6,06%)	4 (6,06%)	3 (4,55%)
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho	19 (28,79%)	32 (48,48%)	8 (12,12%)	2 (3,03%)	3 (4,55%)	2 (3,03%)
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona	11 (16,67%)	9 (13,64%)	4 (6,06%)	5 (7,58%)	8 (12,12%)	29 (43,94%)
9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes	30 (45,45%)	24 (36,36%)	6 (9,09%)	3 (4,55%)	1 (1,52%)	2 (3,03%)
10	Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales	28 (42,42%)	18 (27,27%)	10 (15,15%)	3 (4,55%)	4 (6,06%)	3 (4,55%)
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes	20 (30,30%)	29 (43,94%)	7 (10,61%)	2 (3,03%)	4 (6,06%)	4 (6,06%)
12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío	12 (18,18%)	17 (25,76%)	2 (3,03%)	6 (9,09%)	8 (12,12%)	21 (31,82%)
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control	4 (6,06%)	12 (18,18%)	7 (10,61%)	10 (15,15%)	11 (16,67%)	22 (33,33%)
14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado	33 (50,00%)	19 (28,79%)	6 (9,09%)	2 (3,03%)	3 (4,55%)	3 (4,55%)
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	5 (7,58%)	7 (10,61%)	3 (4,55%)	11 (16,67%)	13 (19,70%)	27 (40,91%)
16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes	5 (7,58%)	6 (9,09%)	5 (7,58%)	13 (19,70%)	16 (24,24%)	21 (31,82%)
17	Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes	1 (1,52%)	6 (9,09%)	5 (7,58%)	12 (18,18%)	11 (16,67%)	31 (46,97%)
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes	17 (25,76%)	28 (42,42%)	10 (15,15%)	7 (10,61%)	2 (3,03%)	2 (3,03%)
19	Usualmente logro agradarles a mis clientes/pacientes	29 (43,94%)	25 (37,88%)	8 (12,12%)	1 (1,52%)	2 (3,03%)	1 (1,52%)
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito	3 (4,55%)	16 (24,24%)	11 (16,67%)	9 (13,64%)	16 (24,24%)	11 (16,67%)
21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor	4 (6,06%)	7 (10,61%)	3 (4,55%)	11 (16,67%)	9 (13,64%)	32 (48,48%)
22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona	37 (56,06%)	14 (21,21%)	11 (16,67%)	0 (0,00%)	1 (1,52%)	3 (4,55%)
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona	5 (7,58%)	8 (12,12%)	6 (9,09%)	7 (10,61%)	11 (16,67%)	29 (43,94%)

24	A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía	2 (3,03%)	5 (7,58%)	4 (6,06%)	11 (16,67%)	14 (21,21%)	30 (45,45%)
25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas	15 (22,73%)	27 (40,91%)	14 (21,21%)	3 (4,55%)	4 (6,06%)	3 (4,55%)
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes	4 (6,06%)	6 (9,09%)	4 (6,06%)	14 (21,21%)	13 (19,70%)	25 (37,88%)
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo	5 (7,58%)	6 (9,09%)	11 (16,67%)	11 (16,67%)	17 (25,76%)	16 (24,24%)
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel	24 (36,36%)	24 (36,36%)	9 (13,64%)	1 (1,52%)	6 (9,09%)	2 (3,03%)
29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles	2 (3,03%)	8 (12,12%)	9 (13,64%)	16 (24,24%)	10 (15,15%)	21 (31,82%)
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes	4 (6,06%)	10 (15,15%)	8 (12,12%)	11 (16,67%)	14 (21,21%)	19 (28,79%)