



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Autoeficacia Percibida en el Personal Sanitario del Centro de Salud “San Joaquín”  
en la ciudad de Cuenca en periodo 2020.**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Psicólogo  
Clínico

**Autores:**

Miguel Francisco Moreno Polo

**CI:** 0105971196

**Correo electrónico:** fmorenop96@aol.com

Mauricio Esteban Reyes Guaranda

**CI:** 0105490973

**Correo electrónico:** maury.gj93@gmail.com

**Tutora:**

Mgt. Eva Karina Peña Contreras

**CI:**0103553251

**Cuenca- Ecuador**

16-diciembre-2020



**Resumen:**

Basándose en la construcción inicial de Bandura (1997), la autoeficacia percibida constituye un factor fundamental dentro de la cognición y el comportamiento del individuo, incidiendo en la forma de reaccionar, ya sea de manera positiva o negativa, ante las demandas del medio en el que se desenvuelve. El presente estudio tiene como objetivo describir los niveles de autoeficacia percibida en el personal sanitario, además de determinar las diferencias existentes en los niveles de autoeficacia en relación a las variables sociodemográficas de los participantes. Para realizar este estudio se utilizó un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo. El estudio involucró a 22 trabajadores pertenecientes al centro de salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en el 2020. De los participantes, 10 fueron hombres y 12 mujeres, con edades de entre 23 y 59 años. Los datos fueron recogidos a través de una ficha sociodemográfica y la aplicación de la Escala de Autoeficacia Generalizada para el Contexto Ecuatoriano. Los resultados del estudio revelan que el nivel de autoeficacia la población tiene una media de 31, puntaje que indica que la autoeficacia se presenta con niveles altos; además, entre los resultados más importantes se observan diferencias no significativas en los niveles de autoeficacia percibida con relación al área de trabajo, estado civil, la estabilidad laboral en términos de tiempo de trabajo y vinculación con la institución, y el rango etario de los participantes.

**Palabras claves:** Psicología clínica. Autoeficacia. Personal sanitario.



**Abstract:**

Based on the initial construction of Bandura (1997), the perceived self-efficacy constitutes a fundamental factor within the cognition and behavior of the individual, influencing the way of reacting, either positively or negatively, to the demands of the environment in which they perform. This study aims to describe the levels of self-efficacy in healthcare personnel, in addition to determining the existing differences in the levels of perceived self-efficacy in relation to the sociodemographic variables of the participants. To carry out this study, a non-experimental, cross-section, quantitative approach with a descriptive scope was used. The study involved 22 workers belonging to the "San Joaquín" Health Center in the city of Cuenca in 2020. Of the participants, 10 were men and 12 women, aged between 23 and 59 years. The data was collected through a sociodemographic form and the application of the Generalized Self-efficacy Scale for the Ecuadorian Context. The results of the study reveal that the level of self-efficacy in the population has a mean of 31, a score that indicates that self-efficacy occurs at high levels; In addition, among the most important results, there are non-significant differences in the levels of perceived self-efficacy in relation to the area of work, marital status, job stability in terms of work time and relationship with the institution, and the age range of the participants.

**Keywords:** Clinical psychology. Self-efficacy. Health personnel.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>Resumen:</b> .....	1
<b>Abstract:</b> .....	2
<b>Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional</b> .....	4
<b>Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional</b> .....	5
<b>Cláusula de Propiedad Intelectual</b> .....	6
<b>Cláusula de Propiedad Intelectual</b> .....	7
<b>Fundamentación Teórica</b> .....	8
<b>Proceso metodológico</b> .....	16
<b>Características de los participantes</b> .....	16
<b>Instrumentos</b> .....	19
<b>Procedimiento</b> .....	19
<b>Presentación y análisis de resultados</b> .....	21
<b>Conclusiones</b> .....	34
<b>Recomendaciones y Limitaciones</b> .....	35
<b>Referencias</b> .....	36
<b>Anexos</b> .....	41

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Características sociodemográficas de los participantes:</i> .....	17
<b>Tabla 2.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general:</i> .....	22
<b>Tabla 3.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida en relación al sexo:</i> .....	23
<b>Tabla 4.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al numero de personas a cargo:</i> .....	27
<b>Tabla 5.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación a la presencia de enfermedades crónicas:</i> .....	31

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al estado civil:</i> .....	24
<b>Figura 2-</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación a la religión:</i> .....	25
<b>Figura 3.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al nivel de instrucción:</i> .....	26
<b>Figura 4.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relacion al rango de edad:</i> .....	28
<b>Figura 5.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación a la propiedad de la vivienda:</i> 29	
<b>Figura 6-</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al tiempo de trabajo:</i> .....	30
<b>Figura 7.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al tipo de vinculacion con la institución</i> .....	32
<b>Figura 8.</b> <i>Nivel de autoeficacia percibida general en relación al área de especialidad:</i> .....	33



### **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Miguel Francisco Moreno Polo en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia Percibida en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en periodo 2020”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de diciembre de 2020

Miguel Francisco Moreno Polo

C.I: 0105971196



### **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Mauricio Esteban Reyes Guaranda, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia Percibida en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en periodo 2020”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de diciembre de 2020

Mauricio Esteban Reyes Guaranda

C.I: 0105490973



## Cláusula de Propiedad Intelectual

Miguel Francisco Moreno Polo, autor/a del trabajo de titulación “Autoeficacia Percibida en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en periodo 2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 16 de diciembre de 2020

Miguel Francisco Moreno Polo

C.I: 0105971196



## Cláusula de Propiedad Intelectual

Mauricio Esteban Reyes Guaranda, autor/a del trabajo de titulación “Autoeficacia Percibida en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en periodo 2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 16 de diciembre de 2020

Mauricio Esteban Reyes Guaranda

C.I: 0105490973





## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La atención eficaz y efectiva del personal sanitario hacia los usuarios de los servicios de salud está relacionada con diversos factores personales que inciden en las respuestas proporcionadas ante los estímulos del medio (Pérez et al., 2018). Maffei, Spotón, Spotón, Castellano & Medrano (2012) plantean que las tareas a cumplir por parte del personal de salud se encuentran directamente relacionadas con la autoeficacia percibida, que, a su vez, pueden ser moduladas por factores contextuales propios de los sujetos. Ante esta premisa, el estudio del constructo autoeficacia percibida, en relación con los diversos factores contextuales asociados con su desarrollo, se vuelve un eje fundamental de esta investigación, para determinar si existen elementos que puedan asociarse con el curso de la misma en nuestro contexto, ya sea de manera positiva o negativa.

Para iniciar, en el campo de la psicología, el concepto de autoeficacia percibida ha sido abordado en distintos ámbitos como expectativa de resultado, orientación vocacional, aptitudes físicas, escolaridad y enfermedades. En este ámbito, las definiciones han sido muy específicas y orientadas a diversos aspectos, aunque en épocas más actuales, se ha trabajado de manera más global e integradora este concepto (Bandura, 1997).

A partir de la teoría de Bandura, varios autores han elaborado conceptos sobre la autoeficacia percibida. Sanjuan, Pérez y Bermúdez (2000) la conciben como la creencia estable que tiene una persona sobre su propia capacidad para manejar los estresores de la vida cotidiana. Así mismo, Olaz (2003) describe el constructo autoeficacia percibida como el juicio, ya sea este positivo o negativo, de la capacidad de respuesta, que poseen los seres humanos ante las exigencias de su ambiente, además de la interpretación y significación que el sujeto otorga a las experiencias previas, frente a un estímulo determinado, esto quiere decir, que no se consideran únicamente los recursos de los que la persona dispone, sino también la opinión que tiene ésta sobre cómo utilizar dichos recursos (Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena & Anaya, 2005).



La autoeficacia percibida comprende además el componente de aprendizaje, es decir, una vez que un estresor ha sido manejado adecuadamente, el sujeto se considera capaz de volver a enfrentarlo con éxito (Zimmerman, Kitsantas & Campilla, 2005). Otros factores que están involucrados en el desarrollo de la autoeficacia percibida son la autorregulación del pensamiento, la capacidad de toma de decisiones, la motivación y aspectos fisiológicos y afectivos (Tejada, 2005).

Cabe destacar que el concepto de autoeficacia percibida deja de lado el determinismo ambiental para ver al sujeto como artífice creador y modulador de su propia vida, y las condiciones relacionales de su contexto, haciendo énfasis en la interacción dinámica entre factores comportamentales, ambientales y personales. Dicho de otra forma, la autoeficacia percibida tiene incidencia en el desempeño del individuo en una amplia gama de contextos y situaciones (Bandura, 1996).

Se ha propuesto, por ejemplo, que la autoeficacia percibida guarda una estrecha relación con la autoestima, puesto que la percepción que tiene un sujeto sobre su propia capacidad para realizar una tarea tiene influencia en el grado de implicación, y en el nivel de complejidad de las tareas que escogen realizar, y una vez que se cumple con este objetivo, esto incide sobre su autoestima y satisfacción vital (Reina, Oliva & Parra, 2017).

En el ámbito familiar, se ha encontrado que, los hijos se perciben más autoeficaces cuando los padres demuestran poseer esta característica dentro del proceso de crianza; a su vez, la familia como conjunto se considera competente y capaz de enfrentar situaciones potencialmente generadoras de crisis (Merino, 2010). A nivel individual, las creencias generales de autoeficacia percibida pueden funcionar en el individuo ya sea como un mecanismo de adaptación o un factor de vulnerabilidad, en tanto los niveles de autoeficacia percibida sean adecuados y funcionales (Brief & Aldag, 1998). Así mismo, la autoeficacia percibida se relaciona con el desarrollo personal, siendo un factor influyente incluso al momento de elegir una carrera profesional, debido a que el individuo se basa en las creencias sobre sus propias capacidades y talentos al momento de decidir en qué campo laboral desempeñarse (Villamariín-Cid, 1990).



De manera similar, se ha propuesto que la autoeficacia percibida está íntimamente asociada a la adquisición de comportamientos promotores de la salud y la resistencia a aquellos que la perjudican; la motivación del ser humano es regulada por el pensamiento anticipatorio, que incluye las expectativas respecto a una situación o una acción específicas, así como por la autoeficacia percibida en sí misma (Bandura, 1997). Se ha relacionado también a la autoeficacia percibida como factor protector en personas que padecen enfermedades crónicas, ya que contribuye a la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicológico, y contribuye a la resistencia del sujeto al estrés, está relacionada con estrategias de afrontamiento más adecuadas y funcionales (Espinoza & Barra, 2018).

Diversas investigaciones revisadas demuestran la aplicabilidad de la autoeficacia de manera empírica, encontrando, por ejemplo, relaciones entre la autoeficacia percibida, rendimiento laboral y fortalezas psicológicas como autoestima o apoyo social en profesionales de enfermería de urgencias y cuidados intensivos (Ríos, Sánchez y Godoy (2010), además de la relación entre autoeficacia percibida y desempeño en diversas esferas de la vida diaria (Cid, Orellana, & Barriga, 2010).

En Paraguay, Giménez, Aguilar y Peralta (2018), realizaron un estudio que pretendió evaluar la autoeficacia percibida y el rendimiento del personal del sistema de información de la salud en el Instituto de Previsión Social de este país. A partir de una muestra de 109 sujetos, se obtuvo como resultado que, existen diferencias significativas entre las capacidades que el personal cree tener, y aquellas para las que demostraron una capacidad adecuada, sin embargo, la autoeficacia percibida demostró ser un factor motivacional para realizar las tareas a su cargo. Así mismo, Simón et al. (2017) plantean la relación entre la autoeficacia percibida, la autoestima global y el apoyo social percibido en estudiantes de ciencias de la salud, encontrándose una relación positiva entre estas variables, sin hallarse diferencias significativas relacionadas al sexo de los participantes.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, en términos de Olivari y Urra (2007), la autoeficacia percibida influye en aspectos del comportamiento como las emociones, los sentimientos, la cognición y el comportamiento, ya sea de manera positiva o negativa, siendo así un determinante de la conducta futura de los sujetos. En esta misma línea, varios estudios



demuestran que los niveles óptimos de autoeficacia percibida influyen de manera positiva en las esferas cognitivas, afectivas, biológicas y sociales, brindándoles recursos útiles a las personas para afrontar estresores sociales y personales (Ibíd).

En los estudios de Vinaccia et al. (2005), en pacientes con artritis reumatoide, la autoeficacia percibida positiva se ve como un recurso esencial para un mejor pronóstico de la enfermedad. En el ámbito educativo, Sanjuan et al. (2000), trabajaron con estudiantes universitarios y de bachillerato el constructo autoeficacia percibida y su incidencia en el rendimiento escolar. Medeiros, Loureiro, Martinis y Maturano (2000), evaluaron la influencia de la autoeficacia percibida en niños con problemas de aprendizaje. En el aspecto laboral, la autoeficacia percibida como predictor de desempeño en los trabajadores fue revisado en el estudio de Tejada (2005), donde el desarrollo de esta competencia se traducía en estrategias significativamente mejores para afrontar las demandas laborales, la relación con los compañeros y una mejora en el ambiente laboral general. Por otro lado, en el estudio de Pérez et al. (2018), se define a la autoeficacia percibida como un factor determinante, que, a su vez, se ve íntimamente relacionado con variables como la inteligencia emocional y la empatía.

El grado de perseverancia ante una tarea y la asignación de recursos para realizarla, está directamente relacionado con la autoeficacia percibida, ya que, si esta es baja ante una demanda, se genera una afectación en el rendimiento (Maffei et al., 2012). En el contexto sanitario, esta afectación en el desempeño laboral resulta en posibles daños hacia los usuarios del sistema de salud, debido a que estos perciben el ambiente hospitalario como tenso o generador de malestar (Ibíd). Esta situación podría resultar en una gama de problemáticas a analizar, como menor adherencia al tratamiento o la elección de una institución de salud privada sobre una pública, entre otras. Por tanto, es importante conocer y definir los niveles de autoeficacia percibida en el personal de dichas instituciones. Si bien existen investigaciones realizadas en este ámbito, estas se han enfocado en los trabajadores de un área específica de trabajo (e.g. enfermería), y no se han realizado en el contexto local (Grau, Salanova & Peiró, 2012).



En nuestro país, Breilh (1992) realizó investigaciones relacionadas con la salud mental, el estrés y las malas condiciones laborales de los internos rotativos en Ecuador y se obtuvo como resultado que, un nivel adecuado de autoeficacia percibida puede ser predictor positivo de rendimiento laboral, lo que puede verse representado como una mejora en el índice de éxito terapéutico de los usuarios, resaltando el rol que tiene la autoeficacia percibida en relación a la motivación, ya que, la influencia de esta puede determinar las acciones que realiza una persona y los objetivos que persigue (Bandura, 1997). Esto quiere decir, que, en función de la autoeficacia percibida, las personas seleccionan actividades que son significativas para ellas y establecen si continuar realizándolas de forma autónoma con una expectativa adecuada de éxito (Naranjo, 2009).

Los bajos niveles de autoeficacia percibida pueden relacionarse como un predictor del malestar psicosocial, en cambio los altos niveles se relacionan con la satisfacción familiar, y puede ser determinante en el estudio de las conductas sanas relacionadas a cómo se enfrentan situaciones potencialmente estresantes. Se ha encontrado que esta característica actúa como modulador del estrés laboral, así como un mitigante de las consecuencias negativas de este; así mismo, se ve relacionada con variables como el bienestar positivo, la autorrealización personal, el compromiso con el trabajo o el engagement (Ventura, Llorens & Salanova 2006).

Existe además evidencia de que la autoeficacia percibida guarda una estrecha relación con variables contextuales. Por ejemplo, Navarro, Flores y González (2019) muestran una relación entre el sexo y los niveles de autoeficacia percibida, aplicada a distintas áreas de la vida cotidiana. Se ha encontrado, así mismo, que el estado civil de las personas incide en los niveles de autoeficacia percibida de estas, ya que el estilo de vida de las personas varía en conformidad a quienes conforman su contexto inmediato (Muñoz & Rodríguez, 2017). Relacionado a esto, existe también una relación entre el hecho de tener hijos a cargo y la autoeficacia percibida (Grados, 2018). Del mismo modo, Nie (2019) muestra que existen diferencias en los niveles de autoeficacia percibida en base a la adherencia a una organización religiosa determinada, e incluso al hecho de no profesar ninguna religión. Otro elemento contextual que se ve relacionado con la autoeficacia percibida es el nivel de instrucción de las personas, expresado en términos del grado de escolaridad alcanzado (Mateos, Martínez & Naranjo, 2020).



Por otro lado, se han encontrado diferencias en los niveles de autoeficacia percibida en elementos que se relacionan con la generatividad de los sujetos, planteada dentro de las etapas de desarrollo propuestas por Erikson (2000). Las investigaciones muestran diferencias en relación al rango de edad (Piergiovanni & Depaula, 2018), el nivel socioeconómico (Gutiérrez, Oliveira, & Cavalcante, 2019), y la relación con el ámbito laboral, en términos del área de trabajo y el tipo de vinculación con la institución donde se desenvuelven las personas (Llor, Seva, Díaz, Llor & Costa, 2020), además de la percepción de los sujetos respecto a su estabilidad laboral (Peralta, Santofimio, & Segura, 2007).

En cuanto a las herramientas utilizadas para medir los niveles de autoeficacia percibida, múltiples autores han presentado sus propuestas, sin embargo, la escala más utilizada y validada ha sido la de Baessler y Schwarzer (1996). En España Ríos et al. (2010) analizaron la autoeficacia generalizada y la capacidad predictiva sobre la percepción del estado general de salud mediante un diseño de investigación retrospectivo transversal. La muestra fue de 97 profesionales de enfermería de Urgencias y Cuidados Intensivos (72 mujeres y 25 hombres). Los instrumentos fueron el cuestionario de salud GHQ-28 de Goldberg, la escala de autoeficacia generalizada de Baessler y Schwarzer (1996), un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales y la subescala de personalidad resistente del cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE) de Moreno. Los resultados demostraron una correlación positiva en los cuestionarios de autoeficacia percibida y el CDPE, se demostró entonces que estos constructos son predictivos de la aparición de malestar psíquico en los profesionales estudiados.

De las Cuevas y Peñate (2015), realizaron en las Islas Canarias la adaptación de la escala de autoeficacia generalizada de Baessler y Schwarzer (1996) con pacientes psiquiátricos ambulatorios. La muestra fue de 966 participantes entre 18 y 87 años, donde 608 fueron mujeres y 358 fueron hombres. Los instrumentos utilizados fueron las versiones en español de la EAG, del Formulario C de la escala Multidimensional de Locus de Control de Salud, la escala de Reactancia Psicológica de Hong, el Inventario de Actitudes hacia la Medicación, y un cuestionario con variables socio-demográficas y clínicas. Los resultados indican una alta consistencia interna, encontrando relación significativa entre la autoeficacia percibida, el



locus de control y las actitudes hacia la medicación mostrando así validez en pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González (2006), analizaron la equivalencia de la versión en español de la EAG en poblaciones mexicanas y españolas. Se obtuvieron datos de validez apropiados para ambas poblaciones. Se encontraron también resultados favorables de unidimensionalidad y equivalencia en las estructuras factoriales, además de encontrarse una semejanza entre el fundamento teórico de los constructos de autoeficacia general y los de autocontrol y automonitoreo en estas poblaciones.

Así mismo, Cid et al. (2010) realizaron otro estudio en Chile con el propósito de evaluar las propiedades psicométricas de la Escala General de Autoeficacia (Baessler y Schwarzer, 1996) en esta población, participaron 360 sujetos de ambos sexos, de 15 a 65 años de edad que respondieron a instrumentos de autoeficacia percibida, autoestima y estado de salud. Una vez realizadas las pruebas estadísticas correspondientes, se obtuvo como resultado que la estructura de la escala es unidimensional, homogénea y relacionada positivamente con los constructos examinados, corroborando la confiabilidad de dicho instrumento.

En el contexto argentino, Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez (2010) realizaron un estudio que buscó evidenciar datos de validez y confiabilidad de la adaptación argentina de la Escala General de Autoeficacia (EAG) en esta población. Para ello, utilizaron una muestra de 292 sujetos adultos seleccionados de forma no probabilística de la población general de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, cuyas edades y nivel de educación se apegaban a los promedios obtenidos de los datos poblacionales estadísticos de la región. Como resultado de este estudio, se obtuvo que esta versión del instrumento presenta una consistencia interna apropiada, y correlaciones apropiadas que corroboran su validez, además de registrar diferencias en los resultados en base al sexo y la edad de los participantes.

En Ecuador, Bueno, Lima, Peña, Cedillo, y Aguilar (2018), realizaron la adaptación al español de la Escala de Autoeficacia General (EAG) (Baessler & Schwarzer, 1996) en una muestra de 567 sujetos. Se analizó la validez y confiabilidad de la escala. Los resultados mostraron consistencia interna, validez convergente y discriminante ante los conceptos de emociones negativas y bienestar. Las autoras concluyen que los datos se ajustan al modelo



teórico, brindando un instrumento útil para los profesionales de la salud en el contexto ecuatoriano.

Aunque no existe una medida general, Bandura (2001) recomienda que, en la construcción de un cuestionario de autoeficacia, se tome en cuenta el ámbito específico de funcionamiento como la precisión en el constructo, dotando de fiabilidad y validez de contenido al instrumento. Bajo estos términos, el instrumento seleccionado para explorar la variable es la Escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer, adaptado al contexto ecuatoriano por Bueno, et al. (2019). Se trata de un cuestionario de 10 elementos con escala Likert de 4 puntos.

La presente investigación se enmarca dentro de los lineamientos del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, aprobado el 25 de Julio de 2014, mediante acuerdo ministerial 00004927. Esta política tiene como objetivo mejorar la salud mental de la población ecuatoriana. El documento toma en consideración distintos ejes: Enfoque de promoción y prevención de salud mental, Fortalecimiento de servicios orientándolos hacia la Atención Primaria en Salud. Fortalecimiento del rol del Ministerio de Salud Pública sobre el sistema nacional de salud en el componente de salud mental y la promoción la investigación con enfoque de salud mental comunitaria. Cabe destacar que, la promoción de la salud mental en personal sanitario no está contemplada en marcos legales, ya sean nacionales o internacionales. Al igual que los lineamientos nacionales, la OMS (2004) propone planes estratégicos para la promoción de la salud mental. En dichos documentos no existe apartado referente a los profesionales de la salud y la necesidad del cuidado de su propia salud mental. A nivel local, no existe una legislación clara sobre la salud mental dentro de la constitución.

Debido a esto, el objetivo de la investigación es describir los niveles de autoeficacia percibida dentro del personal sanitario, además de determinar las diferencias entre los niveles de autoeficacia percibida en función de las variables contextuales de los participantes. Cabe destacar que, según la teoría, la variable autoeficacia interfiere en las actividades laborales a desempeñar, debido a la tendencia a eludir aquellas tareas que el sujeto percibe como superiores a sus capacidades y son sustituidas por las que cree que puede realizar con mayor





facilidad (Reina et al., 2017). Esta interferencia puede generar efectos negativos para el usuario del servicio de salud, como responsable directo el profesional (Giménez et al., 2018).

## **PROCESO METODOLÓGICO**

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, debido a que el instrumento estandarizado de Baessler y Schwarzer (1996), que se utilizó, entrega valores numéricos que fueron sometidos a pruebas estadísticas posteriormente de manera sistematizada para la obtención de resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El alcance de la investigación fue descriptivo transversal, ya que permitió mostrar con precisión las dimensiones del constructo autoeficacia percibida en contraste con las variables sociodemográficas, tales como, edad, sexo, profesión y área en la que trabaja el personal en la institución de salud de la ciudad de Cuenca durante el mes de julio del año 2020, mostrando así, un momento único de aplicación para describir esta variable en el tiempo determinado anteriormente. El diseño de la investigación fue no experimental debido a que no se manipularon las variables, acorde a lo que se plantea en el libro de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

### **Características de los participantes**

La población de la investigación estuvo compuesta de 22 participantes pertenecientes al Centro de Salud “San Joaquín” en la ciudad de Cuenca en el mes de julio de 2020, de los cuales 10 fueron hombres y 12 mujeres, con edades entre 23 años y 59 años, siendo la media de 36.05 años de edad ( $DE=12,284$ ). 9 de los participantes están solteros, 11 casados, 1 divorciados y 1 en unión libre; 5 no tienen personas a cargo, mientras que, 17 poseen entre 1 a 3 cargas familiares; 2 laboran en el área administrativa, 8 en el área de medicina, 2 en odontología, 1 en psicología, 2 en estadística, 2 en enfermería, 3 en internado y los 2 restantes en mantenimiento.

La tabla 1 muestra las características generales de los participantes en la que se puede observar que, 9 de ellos trabajaban entre 1 a 5 años, además, 8 de ellos estaban en situación de provisionalidad dentro de la institución

**Tabla 1.***Características sociodemográficas de los participantes (N=22)*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
<b>Rango de Edad</b>	Menos de 35 años	12	54.50
	De 36 a 50 años	6	27.30
	Más de 51 años	4	18.20
<b>Sexo</b>	Hombre	10	45.50
	Mujer	12	54.50
<b>Religión</b>	Católica	16	72.70
	Cristiana	2	9.10
	Evangélica	1	4.50
	Ninguna	3	13.60
<b>Instrucción</b>	Bachillerato	3	13.60
	Universitario	14	63.60
	Especialista	4	18.20
	Maestría	1	4.50
<b>Número de personas a cargo</b>	Ninguna	5	22.70
	1 -3 personas	17	77.30
<b>Propiedad de la vivienda</b>	Propia	6	27.30
	Arrendada	6	27.30
	Familiar	10	45.50
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	9	40.90
	Casado/a	11	50.00
	Unión Libre	1	4.50



	Divorciado/a	1	4.50
<b>Tiempo de Trabajo</b>	Menos de un año	6	27.30
	De 1 a 5 años	9	40.90
	De 5 a 10 años	4	18.20
	De 10 a 15 años	1	4.50
	Más de 15 años	2	9.10
<b>¿De qué tipo es su vinculación a la institución en la que trabaja?</b>	Carrera Administrativa	2	9.10
	Provisionalidad	8	36.40
	Libre nombramiento y remoción	2	9.10
	Contrato de prestación de servicios	10	45.50
<b>Presencia de Enfermedades Crónicas</b>	Sí	4	18.20
	No	18	81.80
<b>Área de trabajo</b>	Administrativa	2	9.10
	Medicina	8	36.40
	Odontología	2	9.10
	Psicología	1	4.50
	Estadística	2	9.10
	Mantenimiento	2	9.10
	Enfermería	2	9.10
	Internado	3	13.60

---

El criterio de inclusión para la elección de los participantes fue el laborar en la institución al momento de la aplicación, el consentimiento para la participación en el estudio y el no ser usuario del centro de salud. En el presente, se trabajó con la totalidad de la población



estudiada, es decir, todo el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín”, por lo que no fue necesario realizar un cálculo muestral, sino que el número de participantes conformó el universo de la investigación.

### **Instrumentos**

Se utilizó el instrumento Escala General de Autoeficacia (EGA) de Baessler y Schwarzer (1996), adaptado al contexto local por Bueno et al, (2018). La escala está integrada por 10 ítems que se valoran a través de una escala Likert de cuatro puntos. En su adaptación al contexto ecuatoriano, se ha registrado un alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de .81 y se confirma una estructura unidimensional para medir la variable. (Bueno et al., 2018). Cabe destacar la adaptación de las etiquetas de la escala Likert para su fácil comprensión, siendo estas: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Muchas veces, 4=Siempre. El puntaje más alto demuestra el nivel más alto de autoeficacia percibida por los sujetos y el puntaje más bajo, refleja un bajo nivel de autoeficacia. El valor máximo a obtener es de 40 puntos, cuando el puntaje mínimo es 10 puntos.

Se utilizó además un formulario estructurado específicamente para este estudio, en el que se obtuvo la información de las variables sociodemográficas a estudiar. A saber: edad, sexo, estado civil, religión, propiedad de la vivienda, número de personas a cargo, área de trabajo, tiempo de trabajo en la institución, tipo de vinculación con la institución, presencia de enfermedades crónicas e instrucción.

### **Procedimiento**

Se dio inicio entregando un oficio al Ministerio de Salud Pública junto con el protocolo de investigación aprobado por el Comité de Bioética de Investigaciones en Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca para obtener la autorización que permita la aplicación del estudio. Posterior a esto y junto a la autorización, se procedió a contactar con la directora del centro de salud para la revisión del horario pertinente para la aplicación del instrumento. Una vez delimitado esto, se realizó una socialización del consentimiento informado y objetivos del estudio para continuar con el proceso. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos sesiones de aproximadamente dos horas cada una.



Adicionalmente, los investigadores estuvieron a disposición de los participantes para subsanar cualquier duda correspondiente a los instrumentos.

Para la presente investigación, el procesamiento de los datos obtenidos se realizó a través del software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, desarrollado por IBM, en su versión 22. Ya que el instrumento utilizado ha sido previamente validado en el contexto local, se contaba previamente con datos de consistencia interna y validez del mismo. La edición de tablas y gráficos en Excel 2016. A partir de los datos obtenidos de los participantes respecto a los niveles de autoeficacia percibida, se clasificó además esta información en base a las variables sociodemográficas pertinentes, obteniendo datos estadísticos descriptivos. Los resultados se expresan por medio de medidas de tendencia central y dispersión; además, para un mejor entendimiento de los datos, se muestran las distribuciones por medio de histogramas y cajas y bigotes. La prueba de normalidad de Shapiro Wilk reveló que el comportamiento de los datos era normal ( $p > 0.05$ ) por lo que se emplearon pruebas paramétricas: la prueba de comparación de medias t de student para muestras independientes y la prueba ANOVA con factor de intersujetos. Las decisiones fueron tomadas con una consideración del 5 % ( $p < 0.05$ ), para establecer los niveles altos y bajos de autoeficacia percibida se consideró como punto de corte la media de la escala.

Con el propósito de realizar una investigación ética, se aplicó un consentimiento informado a los participantes, el cual fue socializado de manera grupal previo a la aplicación del instrumento, este siguió el formato establecido por el COBIAS de la Universidad de Cuenca. Con el propósito de guardar la confidencialidad de los datos, se utilizó un código único por cada participante del estudio y dicha información no será difundida a terceros. En conformidad con los lineamientos establecidos por la American Psychological Association (2010), este proceso permitió que los sujetos de aplicación del instrumento puedan aprobar su participación de manera libre y voluntaria, garantizando la opción a que éstos pudieran desertar de la aplicación en caso de que así lo decidan, sin recibir ningún tipo de sanción ni repercusión negativa; así mismo, dicho documento garantizó que la participación en la investigación fue de carácter anónimo y los datos obtenidos fueron procesados de manera confidencial. Además, con base en los principios generales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (1964), se respetó la primacía de los derechos e



intereses de los participantes por sobre la producción de nuevo conocimiento, protegiendo la integridad de los mismos y de su información personal. Finalmente, los resultados de la investigación serán presentados a la institución, de manera que pueda evidenciarse el trabajo realizado, esto en ejercicio del Artículo 19 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Asamblea General de la ONU, 1948), donde se estipula el derecho a recibir información y a difundir información y expresar opiniones libremente, y el Artículo 27, en referencia a la participación y autoría de producciones científicas.

### **Presentación y análisis de resultados**

En el siguiente apartado se presentarán los resultados en función a los objetivos establecidos en el estudio.

#### **Resultado 1. Niveles de autoeficacia en personal sanitario del centro de salud “San Joaquín” 2020.**

Los participantes presentaron puntajes de autoeficacia general entre 22 y 40, con una media equivalente de 31 y una desviación estándar de 4.254, lo que indica que los datos se comportaron de manera homogénea. El gráfico demuestra la tendencia de los datos hacia los valores altos en la escala, ver figura 1. Estos resultados muestran diferencias con respecto a los obtenidos por Simón et al. (2017) en estudiantes del ámbito de la salud, quienes obtuvieron puntajes de autoeficacia general de .46 y .51 (Donde 1 representa el puntaje máximo que se puede obtener).

**Tabla 2.***Nivel de autoeficacia percibida general*

	<b>Autoeficacia Percibida</b>	
	Máximo	32.40
Niveles de autoeficacia en el personal sanitario del centro de salud “San Joaquín” 2020.	Mínimo	2.793
	Media	30.59
	Desviación estándar	4.583

**Resultado 2.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del centro de salud “San Joaquín” de acuerdo el sexo de los participantes.

En cuanto al nivel de autoeficacia según el sexo se pudo encontrar que los hombres tienen una media de 31.80 y las mujeres presentaron una media de 30.33, los dos grupos presentan una tendencia hacia los valores altos de autoeficacia, sin embargo, los hombres tendrían una media más alta de la variable, sin que esta diferencia sea significativa, en conformidad con la prueba T de Student, donde se obtiene un valor de significancia de 0.434 ( $p > 0.05$ ). Ver tabla 2.

Si bien estudios similares han sido aplicados en diversas investigaciones con diferente población y número de participantes, los resultados encontrados en la presente se acercan a los encontrados por Navarro et al., (2019), en cuya investigación se analiza las diferencias en los niveles de autoeficacia respecto al sexo en una población de estudiantes, donde se encontraron diferencias en dichos niveles. Sin embargo, en este estudio se hace una clasificación de la autoeficacia percibida en relación a distintas tareas, como análisis lógico de problemas, cálculo numérico e investigación, en las que los hombres obtuvieron puntajes promedio más elevados, y el uso de lenguaje, inteligencia espacial, habilidades musicales y aquellas asociadas a las relaciones interpersonales, en las que las mujeres participantes obtuvieron puntajes más altos.

**Tabla 3.***Nivel de autoeficacia en relación al sexo*

		Autoeficacia Percibida	
Sexo	Hombre	Media	31.80
		Desviación estándar	5.308
	Mujer	Media	30.33
		Desviación estándar	4.254

**Resultado 3.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del centro de salud “San Joaquín” en relación al estado civil.

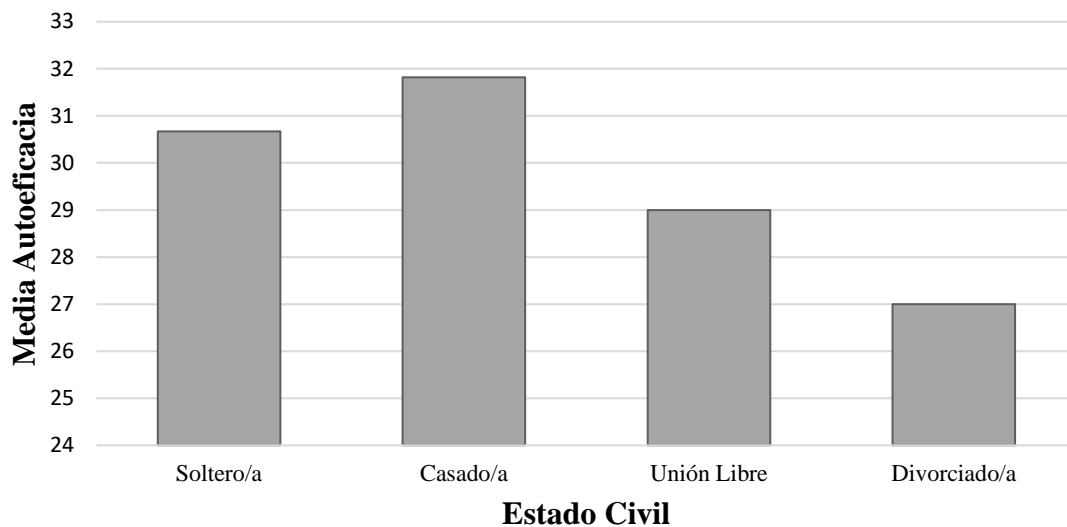
Respecto a la autoeficacia y el estado civil en el personal sanitario del centro de salud “San Joaquín”, las personas divorciadas presentan una media de 27, lo que indicaría que el puntaje de autoeficacia en esta población es menor a la de los demás, mientras que las personas casadas, son las que tienen un mayor nivel de autoeficacia con una media de 31.82. Adicionalmente, las personas solteras presentan una media de 30.67 y las personas en unión libre una media de 29. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.698 ( $p > 0.05$ ). Ver figura 2.

No se han encontrado estudios recientes realizados en personal sanitario con respecto a la relación entre el estado civil y la autoeficacia, sin embargo, este resultado puede compararse al obtenido por Muñoz y Rodríguez (2017), quienes estudiaron los niveles de autoeficacia en madres lactantes, obteniendo mayores niveles de autoeficacia en las participantes casadas en comparación con las solteras.



**Figura 1.**

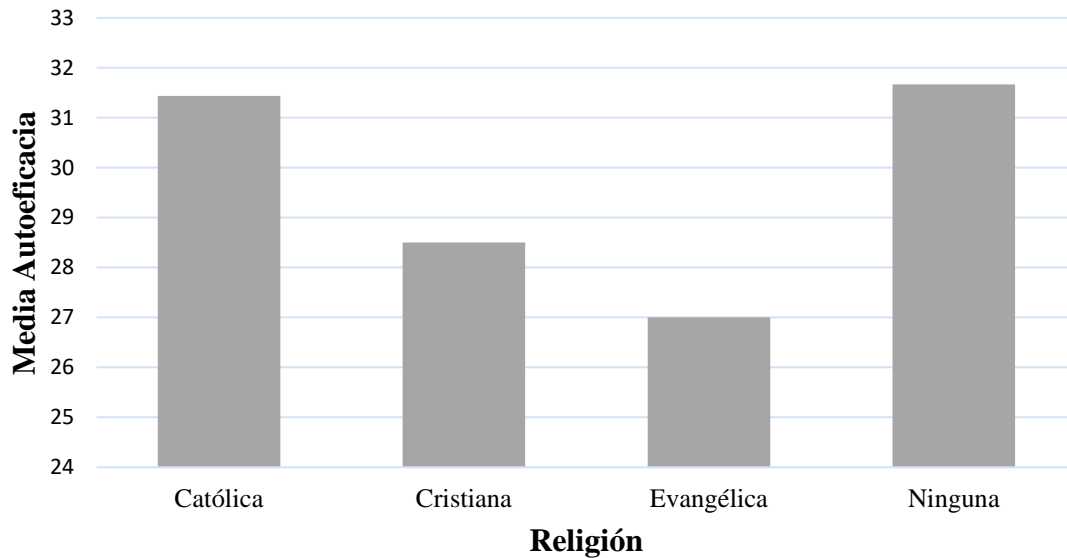
*Nivel de autoeficacia percibida general en relación al estado civil*



**Resultado 4.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del centro de salud “San Joaquín” en relación a la religión.

En cuanto a la autoeficacia percibida y la religión en el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín”, los participantes que profesan la religión católica presentan una media de 31.44, quienes profesan la religión cristiana una media de 28.5, aquellos que se identifican con la religión evangélica una media de 27, y quienes refieren no profesar ninguna religión presentan una media de 31.67. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.643 ( $p > 0.05$ ), ver figura 3.

Estos resultados pueden ser contrastados con los obtenidos por Nie (2019), donde se obtuvieron mayores niveles de autoeficacia en participantes que profesan la religión católica, en comparación con quienes manifestaron adherirse a la religión protestante y otras organizaciones religiosas. Sin embargo, como afirma el mismo estudio, esto refleja la realidad del contexto local en el que fue realizado, y, de la misma manera, la presente investigación refleja la realidad únicamente de la población participante.

**Figura 2.***Nivel de autoeficacia percibida general en relación a la religión*

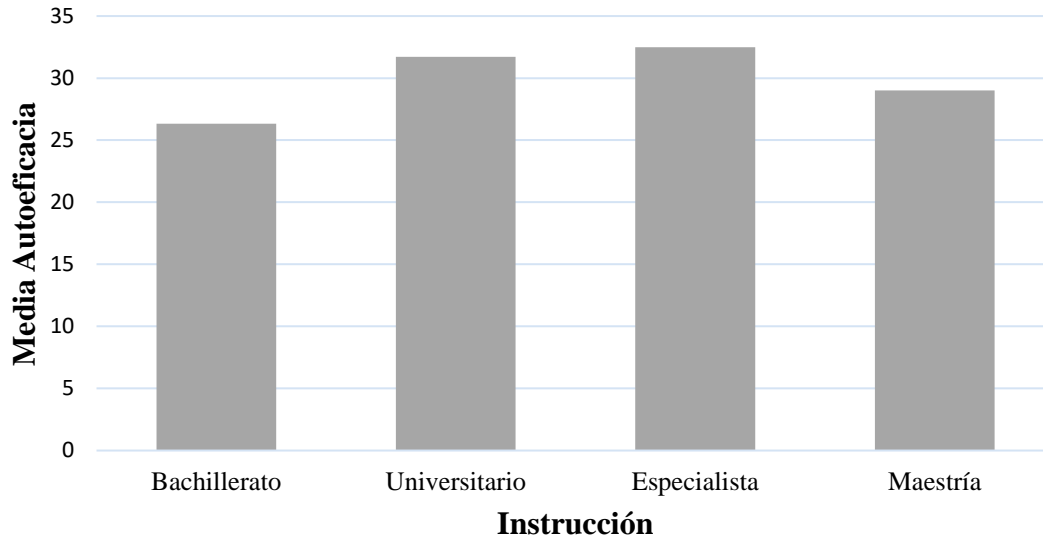
**Resultado 5.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según su instrucción.

Con relación al nivel de autoeficacia según el nivel de estudios alcanzados se encontró que el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” que alcanzó el bachillerato tiende a informar puntajes menores de autoeficacia, con una media de 26.33, mientras que las personas con estudios de especialidad presentan los puntajes de autoeficacia más elevados, con una media de 32.50, ver figura 4. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.194 ( $p > 0.05$ ).

No se han realizado estudios recientes de la relación entre el nivel de instrucción y autoeficacia que abarque las categorías planteadas en esta investigación. Sin embargo, podemos comparar los resultados obtenidos con el trabajo realizado por Mateos et al, (2020), en donde se realiza una comparación entre los niveles de autoeficacia percibida en estudiantes de nivel secundario y maestros en formación (universitaria), donde los primeros obtuvieron puntajes más elevados de autoeficacia.

**Figura 3.**

*Nivel de autoeficacia percibida general en relación al nivel de instrucción*



**Resultado 6.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según el número de personas a cargo.

Respecto al nivel de autoeficacia según el número de personas a cargo se encontró que los sujetos con 1 a 3 personas a cargo tienden a informar puntajes menores de autoeficacia, con una media de 30.59, mientras que las personas sin personas a cargo presentan los puntajes de autoeficacia más elevados, con una media de 32.40, ver tabla 3. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba T de Student, debido a que el valor de significancia obtenido es 0.416 ( $p > 0.05$ ).

Aunque no se han encontrado estudios específicos que analicen la relación entre esta variable y la autoeficacia percibida en personal sanitario, estos datos son comparables a los obtenidos por Grados (2018) en tripulantes de cabina en Lima, Perú, donde no se hallaron diferencias significativas en los niveles de autoeficacia de los participantes que refieren tener hijos a su cargo con respecto a quienes no tienen hijos.

**Tabla 4.***Nivel de autoeficacia percibida en relación al número de personas a cargo*

		<b>Autoeficacia Percibida</b>	
Número de personas a cargo	Ninguna	Media	32.40
		Desviación estándar	2.793
	1-3 Personas	Media	30.59
		Desviación estándar	4.583

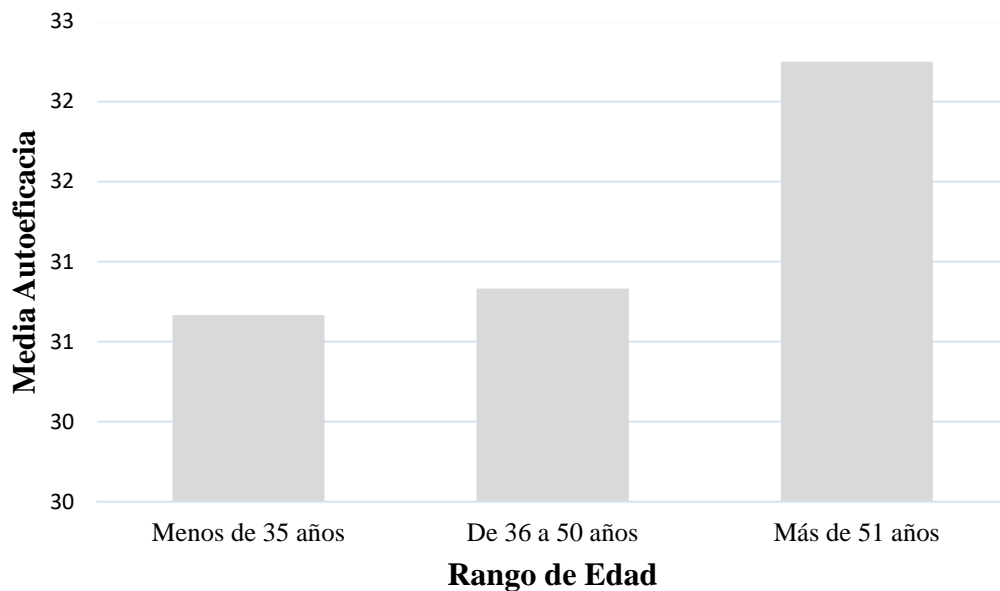
**Resultado 7.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según el rango de edad.

Con relación al nivel de autoeficacia según el rango de edad de los participantes se encontró que el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” menor a 35 años de edad presenta un promedio en el puntaje de autoeficacia de 30.67, quienes se encuentran en un rango de edad de 36 a 50 años de edad presentan un promedio de 30.83, y los participantes mayores de 51 años de edad presentaron una media de 32.25, siendo quienes mostraron un nivel más alto de autoeficacia percibida. Ver figura 5. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.822 ( $p > 0.05$ ).

Estos resultados se pueden comparar a los obtenidos en la investigación realizada por Piergiovanni y Depaula (2018), donde la población fueron estudiantes universitarios argentinos. Los resultados fueron similares a los obtenidos en esta investigación, en el sentido de que los participantes que pertenecen a un rango etario mayor obtuvieron niveles de autoeficacia percibida más altos.

**Figura 4.**

*Nivel de autoeficacia percibida general en relación al rango de edad*



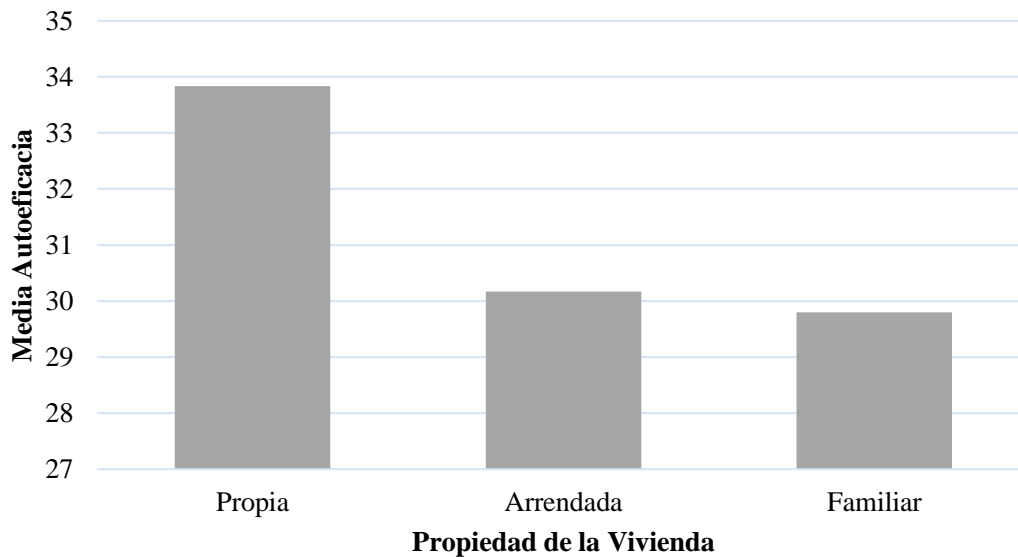
**Resultado 8.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según la propiedad de la vivienda.

En cuanto al nivel de autoeficacia según la propiedad de la vivienda, los resultados muestran que los sujetos que viven en una vivienda familiar compartida tienden hacia puntajes menores de autoeficacia, con una media de 29.80, mientras que los sujetos con vivienda propia presentan puntajes más alta de autoeficacia, con una media de 33.83, ver figura 6. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.160 ( $p > 0.05$ ).

Si bien no se han realizado estudios donde se relacione el tipo de vivienda de los participantes con sus niveles de autoeficacia percibida, Gutiérrez, Oliveira y Cavalcante (2019) plantean que, un nivel socioeconómico bajo, que es entendido como apoyo social insuficiente, bajo nivel educacional y situación económica precaria, funciona como predictor de nivel bajo de autoeficacia.

**Figura 5.**

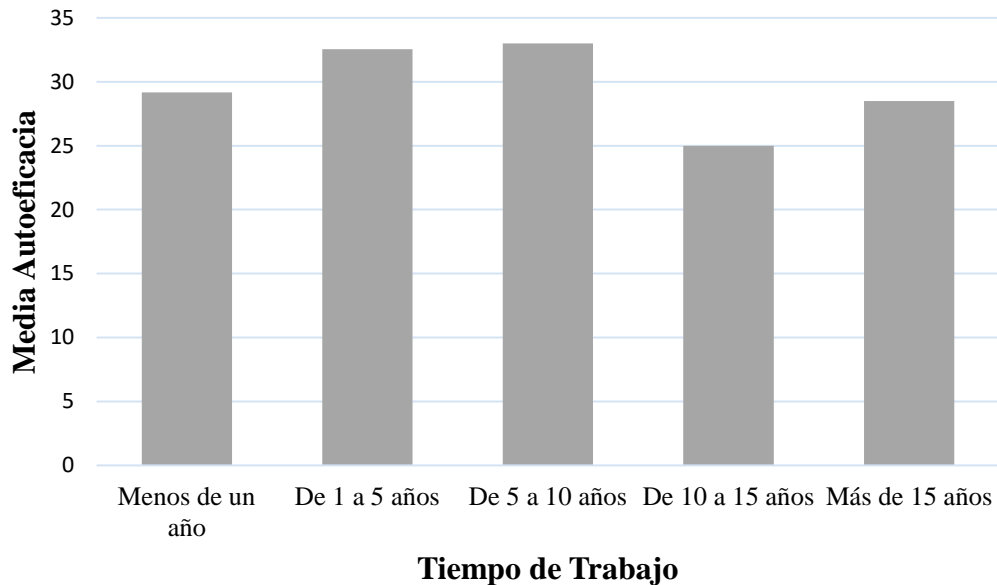
*Nivel de autoeficacia percibida general en relación a la propiedad de la vivienda*



**Resultado 9.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según su tiempo de trabajo en la institución.

En referencia al nivel de autoeficacia según el tiempo de trabajo se encontró que el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” que ha desempeñado sus labores durante menos de un año presentan un promedio en el puntaje de autoeficacia de 29.17. Quienes han laborado en la institución entre 1 a 5 años obtienen un promedio de 32.56. El personal que ha laborado entre 5 a 10 años una media de 33, siendo el puntaje más alto. El personal que ha trabajado entre 10 a 15 años, una media de 25, siendo el puntaje más bajo, y finalmente, el personal que ha desempeñado labores durante más de 15 años una media de 28.50. Ver figura 7. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.207 ( $p > 0.05$ ).

No se han realizado investigaciones recientes con respecto a la relación entre la autoeficacia percibida y el tiempo de trabajo, sin embargo, Llor et al. (2020) analizaron el papel de la autoeficacia percibida en relación al tipo de vinculación con la institución y área de trabajo.

**Figura 6.***Nivel de autoeficacia percibida general en relación al tiempo de trabajo*

**Resultado 10.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” en relación a la presencia de enfermedades crónicas.

En cuanto al nivel de autoeficacia en el personal sanitario, en relación a si padecen o no enfermedades crónicas, se obtuvo un promedio en el puntaje de autoeficacia de 32 en quienes refieren presentar una enfermedad de este tipo, y una media de 30.78 en quienes manifiestan no presentar una enfermedad crónica, ver tabla 4. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba T de Student, debido a que el valor de significancia obtenido es 0.615 ( $p > 0.05$ ).

Estos resultados guardan relación con los obtenidos en la investigación de Espinoza y Barra (2018), realizada con sujetos universitarios que sufren de asma. Dicho estudio revela que los niveles altos de autoeficacia reflejados en esta población tienen relación con variables adicionales como la autoaceptación, la autonomía, el dominio del entorno, crecimiento personal, entre otras. La teoría indica que, en el caso de personas con enfermedades crónicas, la *resiliencia* actúa como un factor de protección, y podríamos asociarla a la autoeficacia, en el sentido de que una de las características de las personas resilientes es que presentan un estilo de afrontamiento activo, en el que se realiza una evaluación de las demandas

ambientales en base a los recursos propios para buscar soluciones, en adición a un control emocional adecuado (Quicena & Vinaccia, 2011).

**Tabla 5.**

*Nivel de autoeficacia en relación a la presencia de enfermedades crónicas*

		Autoeficacia	
Presencia de enfermedades crónicas	Si	Media	32
		Desviación estándar	5,354
	No	Media	30,78
		Desviación estándar	4,124

**Resultado 11.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según el tipo de vinculación a la institución.

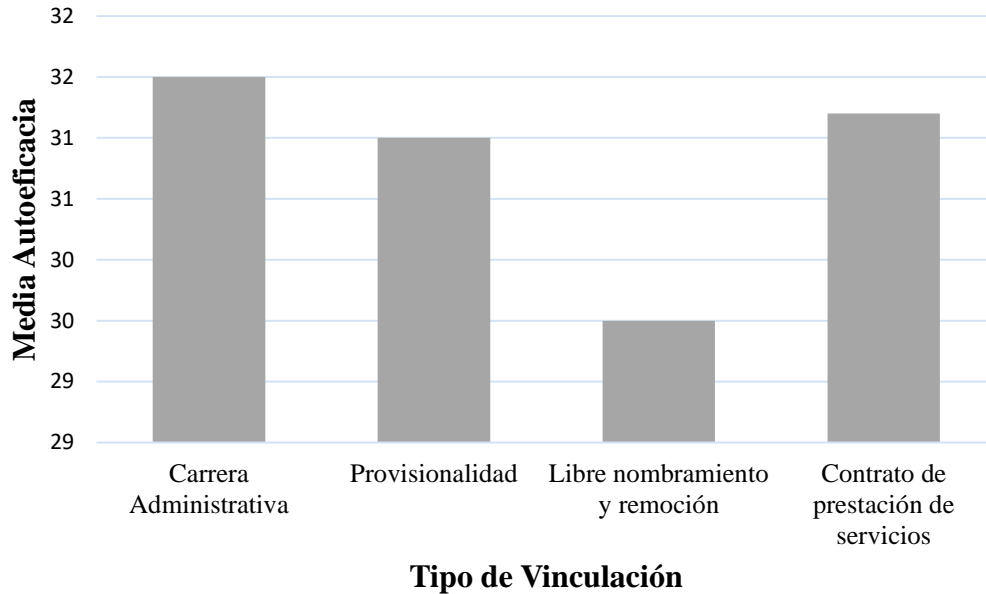
Los resultados referentes al nivel de autoeficacia según el tipo de vinculación con la institución de salud muestran que, los participantes con libre nombramiento y remoción tienden hacia puntajes menores de autoeficacia, con una media de 29.50, mientras que los sujetos con carrera administrativa presentan puntajes más altos de autoeficacia, con una media de 31,50, ver figura 8. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.967 ( $p > 0.05$ ).

En España, Llor et al. (2020) realizaron una investigación cuya población fue el personal que labora en el área de urgencias y cuidados críticos; en contraste con la presente investigación, no se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de autoeficacia con respecto al tipo de vinculación que mantienen los participantes con la institución de salud en la que laboran.



**Figura 7.**

*Nivel de autoeficacia percibida general en relación al tipo de vinculación con la institución*



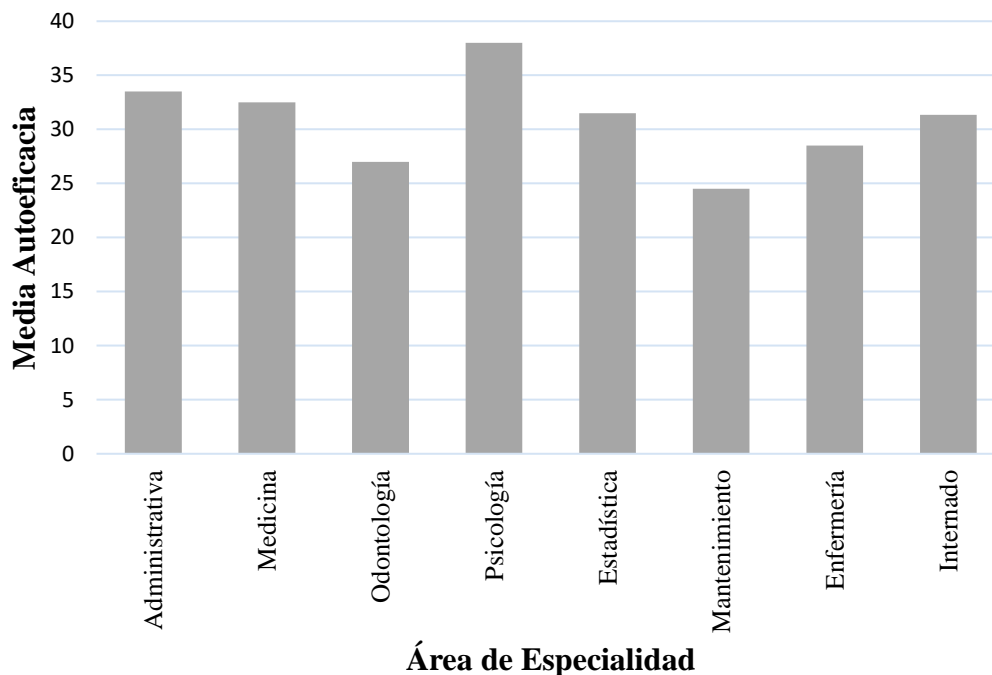
**Resultado 12.** Nivel de autoeficacia del personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” según el área de trabajo.

Los datos obtenidos respecto al nivel de autoeficacia en el personal de la institución en relación al área del Centro de Salud en donde desempeñan sus labores fueron los siguientes: El personal que se desempeña en el área administrativa obtuvo una media de 33.50. Quienes laboran en el área de Medicina, siendo el mayor número de personas, obtuvo un promedio de 32.50, el personal del área de odontología presenta una media de 27. El personal de psicología obtiene una media de 38. Quienes laboran en el área de estadística obtienen un puntaje promedio de 31.50. El personal de mantenimiento obtiene una media de 24.5, siendo el puntaje más bajo por área. El personal que labora en el área de Enfermería presenta un puntaje promedio de 28.5. Finalmente, quienes laboran como internos en la institución obtienen una media de 31.33, ver figura 9. Estas diferencias no son significativas al realizar la prueba ANOVA, debido a que el valor p obtenido es 0.07 ( $p > 0.05$ ).

Resulta complejo comparar los resultados en este punto, ya que el número de personas en cada área es diferente, por lo que presentamos estos resultados como aproximados, pero únicamente a la realidad de este Centro de Salud, sin embargo, los hallazgos encontrados pueden ser contrastados con los resultados de la investigación de Llor et al. (2020), mencionada anteriormente. Los datos arrojados por esta investigación muestran mayores niveles de autoeficacia en el personal de enfermería, por sobre el personal técnico y médico, a pesar de no mostrar diferencias significativas.

**Figura 8.**

*Nivel de autoeficacia percibida general en relación al área de especialidad.*





## CONCLUSIONES

El objetivo general de la presente investigación fue describir la autoeficacia en el personal sanitario del centro de salud “San Joaquín”. En cuanto a los objetivos específicos, se determinó las diferencias existentes entre los niveles de autoeficacia percibida del personal sanitario en las distintas áreas de la institución y se determinó las diferencias existentes entre los niveles de autoeficacia percibida en relación con las variables contextuales.

Los niveles de autoeficacia percibida obtenidos por los participantes, a saber, el personal sanitario del Centro de Salud, presentaron una tendencia hacia las puntuaciones altas. Esto indica que, en términos generales, el personal sanitario del Centro de Salud “San Joaquín” se percibe como capaz de ejecutar las tareas que demanda su entorno laboral. Con respecto a la relación entre las variables contextuales y autoeficacia percibida, no se encontraron diferencias significativas que determinen este efecto directo en el contexto en el que se realizó la investigación.

A pesar de esto, las diferencias más notables encontradas en este estudio, considerando a las variables sociodemográficas fueron respecto a la religión de los participantes, el rango de edad, su nivel de instrucción, el tipo de vivienda en el que residen, el tiempo que llevan laborando en el centro de salud y el área en el que se desempeñan dentro del mismo. Esto podría explicarse desde la psicología a través de los postulados de Erikson (2000), quien planteó una serie de etapas secuenciales en referencia al desarrollo del Yo, proponiendo que, en la edad adulta, la salud mental de las personas se relaciona con la *generatividad*, en oposición al *estancamiento*; es decir, las personas en edad adulta que se mantienen activos y se ven a sí mismos como productivos tienen una mejor percepción de sí mismos y un desarrollo óptimo del Yo.

Si bien se encontraron diferencias en los niveles de autoeficacia percibida en relación a las variables contextuales, tras realizar un análisis estadístico a través de las pruebas ANOVA (en el caso de aquellas variables con más de dos dimensiones) y T de Student (en caso de tratarse de variables con sólo dos dimensiones), se determinó que, los puntajes de significación obtenidos en todos los casos es mayor a 0.05, por lo que, se acepta la hipótesis nula de la prueba ( $p > 0.05$ ), afirmando que las diferencias entre las medias comparadas no



son significativas. Esto puede explicarse debido al hecho de que el número de personas que participaron es reducido, y que las diferencias que se encuentran al realizar esta comparación representan únicamente la realidad de esta población.

### **RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

En la presente investigación se ha descrito la relación entre la autoeficacia percibida y las variables sociodemográficas en una población determinada, sin embargo, es importante destacar que, existen variables psicológicas como estrategias de afrontamiento, estilos de personalidad, estilos de autocuidado, etc. que también podrían guardar una relación estrecha, e incluso actuar como predictoras de la autoeficacia, por lo que se recomienda incluir dichas variables en estudios posteriores en el personal sanitario dentro de nuestro contexto, permitiendo de este modo comprender a mayor profundidad qué factores intervienen en el que se brinden servicios de salud de calidad, donde tanto el personal como los usuarios estén satisfechos.

Adicionalmente, se recomienda, el ampliar la investigación de los niveles de autoeficacia percibida en el personal sanitario en otras instituciones, con el propósito de obtener una perspectiva más amplia de la presencia de este componente en los recursos personales de quienes laboran en el sistema de salud y poder realizar generalizaciones al respecto.

Las limitaciones de la presente investigación, están asociadas sobre todo, al contexto temporal en el que fue ejecutada, debido al confinamiento producido como consecuencia de la pandemia por el Coronavirus (COVID-19), se dieron cambios a nivel de estructura en el personal sanitario que labora en el Centro de Salud “San Joaquín”. Por otro lado, la saturación del sistema de salud del país provocó que la obtención de los permisos necesarios para la ejecución del presente trabajo de titulación se viere postergada. Estas limitaciones suponen que los datos obtenidos a través de esta investigación reflejan únicamente la realidad de la población estudiada durante este contexto temporal particular, y, por lo tanto, no podrían ser generalizados o representar la realidad del personal sanitario de otras instituciones que forman parte del sistema de salud.



## Referencias

- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta: Enmiendas 2010. Estados Unidos.
- Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris. Recuperado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Asamblea Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Enmiendas 2013. Brasil.
- Bandura, A. (1996). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, 2(15), 7-37.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Breilh, J. (1992). Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental: deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10644/3379>
- Brief, A.P., & Aldag, R.J. (1998). The “self” in work organizations: A conceptual review. *Academic of Management Review*, 6, 75-88. DOI:10.5465/amr.1981.4288006
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria*, 27, 77-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v27n1/v27n1a06.pdf>
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C. & Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el Contexto Ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 3. DOI:10.21865/RIDEP48.3.01.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5), 551-557. DOI:10.4067/S0034-98872010000500004



- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Validation of the general self-efficacy scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema*, 27, 410-415. doi:10.7334/psicothema2015.56
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado* (pp. 66-71). Barcelona: Paidós.
- Espinoza, C., & Barra, E. (2019). Autoeficacia, apoyo social y bienestar psicológico en estudiantes universitarios asmáticos. *Revista de Psicología*, 14(28), 141-147. Recuperado de <http://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/1744>
- Giménez, E., Aguilar, G., & Peralta, N. (2018). Competencias percibidas y observadas en el Sistema de Información de Salud del Instituto de Previsión Social (IPS). Evaluación PRISM OBAT. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 8(1), 53-58. Recuperado de <http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/509>
- Grados, L. (2018). Síndrome de burnout y autoeficacia en tripulantes de cabina en Lima. *Pensamiento psicológico*, 16(2), 99-110. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612018000200099&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612018000200099&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Grau, R., Salanova, M., & Peiró, J.M. (2012). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 311-321. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/414>
- Gutiérrez, R., Oliveira, M. & De Paula, L. (2020) Teoría del rango medio para el diagnóstico de enfermería de baja autoeficacia en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5). DOI:10.1590/0034-7167-2019-0370.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Llor, J., Seva, A., Díaz, J., Llor, L., & Leal, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(3), 68-80. Recuperado de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108048/1/Llor-Lozano\\_etal\\_2020\\_EnfGlobal\\_esp.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108048/1/Llor-Lozano_etal_2020_EnfGlobal_esp.pdf)
- Maffei, L., Spontón, C., Spontón, M., Castellano, E., & Medrano, L. A. (2012). Adaptación del Cuestionario de Autoeficacia Profesional (AU-10) a la población de trabajadores cordobeses. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 51-62.



- Mateos, M., Martínez, M., & Naranjo, F. (2020). Comparación de las emociones, actitudes y niveles de autoeficacia ante áreas STEM entre diferentes etapas educativas. *European journal of education and psychology*, 13(1), 251-267. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7291095>
- Medeiros, P., Loureiro, S., Martins, M. & Marturano, E. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3), pp. 327-336. DOI: 10.1590/S0102-79722000000300002.
- Merino, E. (2010). La expectativa de autoeficacia: su influencia y relevancia en el desarrollo personal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 371- 377. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832326039.pdf>
- Muñoz, R., & Rodríguez, M. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1), 19-24. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062017000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062017000100019&script=sci_arttext)
- Naranjo-Pereira, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista educación*, 33(2), 153-170. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/510/525>
- Navarro, G., Flores, G., & González, M. (2019). Diferencias por sexo en el nivel de Autoeficacia percibida en una muestra de estudiantes de la Provincia de Concepción ¿Qué papel juegan los roles de género en la educación? *Revista de Educación Inclusiva*, 12(1), 205-224. Recuperado de <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/389>
- Nie, F. (2019). Religion and self-efficacy: a multilevel approach. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(3), 279-292. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13674676.2019.1612337>
- Olaz, F. (2003). Modelo social cognitivo del desarrollo de carrera. *Evaluar*, 3. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/605>



- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441794002.pdf>
- Padilla, J-L., Acosta, B., Gómez, J., Guevara, M., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 245-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649010>
- Peralta, M., Santofimio, A. & Segura, V. (2007). El compromiso laboral: discursos en la organización. *Psicología desde el Caribe*, 19. 81-109 Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301905>
- Pérez-Fuentes, M., Simón-Márquez, M., Molero-Jurado, M., Barragán-Martín, A., Martos-Martínez, Á., & Gázquez-Linares, J. (2018). Inteligencia emocional y empatía como predictores de la autoeficacia en Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2). DOI:10.23923/j.rips.2018.02.016
- Piergiovanni, L. F., & Depaula, P. D. (2018). Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Revista mexicana de investigación educativa*, 23(77), 413-432. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-66662018000200413&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-66662018000200413&script=sci_arttext&tlng=en)
- Porras, C. (2018). *Variables psicológicas predictoras de la autoeficacia en docentes universitarios* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Quicena, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3840279>
- Reina, M., Oliva, A. & Parra, a. (2017). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 55-69. Recuperado de <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/435>





- Ríos-Rísquez, M., Sánchez-Meca, J., & Godoy-Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72715515010>
- Sanjuán, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficiencia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), pp. 509-513. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- Simón, M., Molero, M., Pérez, J., Gázquez, J., Barragán, A., & Martos, A. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, 3(2), 137-149. DOI: 10.30552/ejhr.v3i2.71
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80100510.pdf>
- Ventura, M., Llorens, S., & Salanova, M. (2006). El rol de la autoeficacia en el estudio del engagement. *Fòrum de Recerca*, 4(12). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6407102>
- Villamarín-Cid, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), 45-64. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/94550>
- Vinaccia, S., Torres, F., Restrepo, M., Cadena, J., & Anaya, J (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/26420290\\_Autoeficacia\\_desesperanza\\_aprendida\\_e\\_incapacidad\\_funcional\\_en\\_pacientes\\_con\\_diagnostico\\_de\\_artritis\\_reumatoide](https://www.researchgate.net/publication/26420290_Autoeficacia_desesperanza_aprendida_e_incapacidad_funcional_en_pacientes_con_diagnostico_de_artritis_reumatoide)
- Zimmerman, B.; Kitsantas, A. & Campillo, M. (2005). Evaluación de la autoeficacia regulatoria: una perspectiva social cognitiva. *Evaluar*, 5. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/537>

**ANEXOS****Instrumentos****Sección 1. Ficha sociodemográfica**

El presente formulario tiene como objetivo: Describir los niveles de autoeficacia percibida en el personal sanitario de la institución de salud “San Joaquín” de la ciudad de Cuenca en el periodo marzo - agosto 2020, por lo cual se solicita de la manera más comedida que se sirva de contestar de forma clara y honesta la información requerida, sabiendo que se mantendrá en total reserva.

**Por favor rellene las siguientes preguntas:**

**N.**

Datos Generales

Fecha: ..... Edad: .....

Área de trabajo: .....

Sexo:

Hombre	
Mujer	

Estado Civil:

Soltero/a		Separado/a	
Casado/a		Divorciado/a	
Unión Libre		Viudo/a	

Religión

Católica		Otra	
Cristiana		Ninguna	
Evangélica			

Instrucción

Primaria		Universitario	
Bachillerato		Especialista	
Técnico		Maestría	
Tecnológico		Doctorado	

Número de personas a cargo:

Ninguna		4-6 personas	
1-3 personas		Más de 6 personas	



Propiedad de la vivienda

Propia		Familiar	
Arrendada		Compartida con otra(s) familia(s)	

Tiempo de trabajo

Menos de un año		De 10 a 15 años	
De 1 a 5 años		Más de 15 años	
De 5 a 10 años			

¿De qué tipo es su vinculación a la institución en la que trabaja?

Carrera Administrativa		Contrato de Prestación de Servicios	
Provisionalidad		Honorarios/servicios profesionales	
Libre nombramiento y remoción			

Presencia de Enfermedades Crónicas

Si	
No	



## Sección 2. Escala de Autoeficacia General (EAG)

El presente formulario tiene como objetivo: Describir los niveles de autoeficacia percibida en el personal sanitario de la institución de salud “San Joaquín” de la ciudad de Cuenca en el periodo marzo - agosto 2020, por lo cual se solicita de la manera más comedida que se sirva de contestar de forma clara y honesta la información requerida, sabiendo que se mantendrá en total reserva.

### Escala de Autoeficacia General

Indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, acorde la siguiente escala: **1** = Nunca; **2** = Pocas veces; **3** = Muchas veces; **4** = Siempre

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
<b>1. A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero</b>				
<b>2. Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente</b>				
<b>3. Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas</b>				
<b>4. Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas</b>				
<b>5. Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas</b>				
<b>6. Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos</b>				
<b>7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo</b>				
<b>8. Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario</b>				
<b>9. En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer</b>				
<b>10. Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones</b>				



### Sección 3. Consentimiento informado.

Anexo 4: *Consentimiento informado.*

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Niveles de Autoeficacia Percibida en el personal sanitario del Centro de Salud "San Joaquín". Cuenca, 2020**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador 1	Miguel Francisco Moreno Polo	0105971196	Facultad de Psicología
Investigador 2	Mauricio Esteban Reyes Guaranda	0105490973	Facultad de Psicología

#### ¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el periodo 2020, en el centro de salud, específicamente en San Joaquín. Este documento explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación también se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos. Después de revisar la información y aclarar sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

#### Introducción

Se resalta la importancia del conocimiento y presencia de la autoeficacia percibida en profesionales de la salud en los centros de salud, puesto que es una habilidad primordial para el desempeño del profesional de distintas áreas. Esto permitirá ampliar la investigación en torno a estrategias y técnicas para desarrollar y potenciar la autoeficacia.

#### Objetivo del estudio

Describir la autoeficacia percibida según variables sociodemográficas, en profesionales de la salud del centro de salud "San Joaquín" de la ciudad de Cuenca.

#### Descripción de los procedimientos

Se aplicará un formulario de datos sociodemográficos y la escala general de Autoeficacia. Se realizará en formato impreso, luego los datos se trasladarán al programa SPSS para analizarlos de manera estadística para finalmente presentarlos en tablas y figuras.

#### Riesgos y beneficios

Para disminuir los posibles riesgos como herir susceptibilidad y ser muy invasivo con las preguntas al término de afectar la intimidad de los participantes, se afirma que la aplicación será de manera voluntaria y se guardará el anonimato de la misma, garantizando la confidencialidad. Además, el dúo de investigadores prestará mucha atención al proceso y responderá toda duda que aparezca durante y después de la aplicación de los instrumentos. Existe la posibilidad de que este estudio no traiga beneficios directamente para usted, sin embargo, la información que se genere puede aportar beneficios para el resto.

#### Otras opciones si no participa en el estudio

Se agradecerá mucho el tiempo que se involucre en esta investigación, puesto que permitirá llevar a cabo estudios de similaridad. No obstante, si no es de su interés la misma, usted no está obligado en contestar el instrumento.

Comité de Bioética en  
Investigación del Área de  
la Salud  
Universidad de Cuenca  
APROBADO

Fecha:

09 MAR 2020



**Derechos de los participantes** *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998057527 que pertenece a Miguel Francisco Moreno Polo o envíe un correo electrónico a [francisco.moreno@ucuenca.edu.ec](mailto:francisco.moreno@ucuenca.edu.ec)

**Consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del investigador 1	Firma del investigador 1	Fecha
Nombres completos del investigador 2	Firma del investigador 2	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)

Comité de Bioética en  
Investigación del Área de  
la Salud  
Universidad de Cuenca  
**APROBADO**

Fecha:

09 MAR 2020