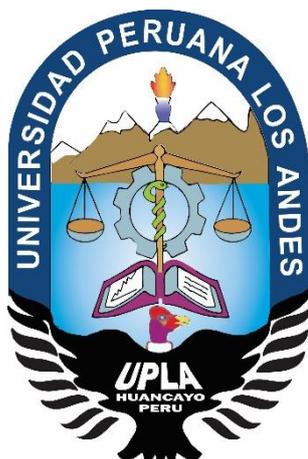


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Título : **ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE UNA RED DE SALUD**

Autoras : **Olarte Quispe, Marcela Luz**
Poma Huachopoma, Laydy Frida

Para optar : **El título profesional de Licenciada en Enfermería**

Asesor : **Lic. Ivan Ubaldo Galarza Curisinche**

Línea de investigación institucional : **Salud y gestión de la salud**

o

Fecha de inicio y término : **16 de Diciembre del 2020 / 15 de Diciembre del 2021**

HUANCAYO – PERÚ – 2021

DEDICATORIA

A: Dios, por darle fortaleza y discernimiento para poder culminar con éxito mi formación profesional.

A: mis docentes, por el empeño, determinación, comprensión y compromiso que dispusieron en la labor de formarme como profesional; sus lecciones y sabiduría impartida me permitirán superar los retos de la profesión.

Marcela y Frida

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater, la Universidad Peruana Los Andes; porque nos forjó como profesionales competitivos, con capacidad de mejorar la salud de la población.

A las autoridades de la red de Salud “Concepción” que nos ofrecieron su permanente apoyo incondicional para poder culminar con éxito esta investigación.

A las enfermeras de la red de salud “Concepción” por su involucramiento positivo en la ejecución de este trabajo científico.

Olarte Quispe, Marcela Luz

Poma Huachopoma, Laydy Frida

INTRODUCCIÓN

La angustia moral, es la sensación de malestar que experimenta la enfermera cuando observa una situación en la que “sabe bien, cuál es la forma correcta de actuar”; pero que, se está procediendo de forma contradictoria; sin embargo, la enfermera se ve imposibilitada de actuar debido a múltiples condiciones personales y coyunturales. Cuando la enfermera se ve sometida a este tipo de experiencias desagradables de forma frecuente puede llegar a padecer el síndrome de burnout; sobre todo si la angustia moral tiene la suficiente intensidad para alterar su estado de ánimo y afectar el ritmo cotidiano de su vida. La angustia moral le lleva a percibirse como impotente y con incompetencia subjetiva. Como consecuencia afronta una experiencia estresante de forma permanente que le ocasiona el síndrome de burnout. Cuando el síndrome de burnout se afianza en la enfermera; ella, ya no puede irradiar sentimientos positivos favorables al cuidado del paciente y al trabajo coordinado; se alejará mentalmente de la situación estresante, e interactuará con las personas como si fueran objetos; finalmente perderá el sentido y las razones de valor que le atribuía a su trabajo y a la profesión; en consecuencia, ya no podrá desempeñarse como enfermera de forma adecuada.; sin embargo la asociación entre la angustia moral y el síndrome de burnout no ha sido determinada de forma concluyente, además no se han encontrado estudios nacionales que precisen el nexo de estas variables, por lo que es valioso establecer esta relación.

La investigación propuesta tuvo como finalidad, determinar la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Red

de Salud Concepción en el 2021; con este fin se realizó un estudio observacional correlacional, se consideró una población de referencia de 110 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de la Red de Salud de Concepción, de donde se eligió a 80 enfermeras por medio de un muestreo aleatorio simple; a las enfermeras seleccionadas se les administró la “Escala de angustia moral en profesionales de enfermería” y el “Granada burnout questionnaire”, con los datos obtenidos se calculó el coeficiente de correlación “r” de Pearson para determinar el grado de relación entre ambas variables.

El informe de investigación está integrado por seis apartados: en el capítulo I, se especifica el vacío de conocimiento que encaminó a la investigación; en el capítulo II, se presentan los elementos teóricos sustantivos sobre las variables estudiadas y su vinculación; en el capítulo III, se plantean las hipótesis y se expone la operacionalización de variables; en el capítulo IV, se delimita el proceso metodológico seguido para alcanzar los objetivos; en el capítulo V, se presentan los resultados alcanzados en tablas y figuras y en el capítulo VI, se muestran la evidencias alcanzadas comparadas con los hallazgos de otros investigadores, también se adicionan los argumentos esenciales de diversos autores que aportan juicio lógico a las asociaciones halladas.

Las autoras.

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN	IV
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE TABLAS	X
CONTENIDO DE FIGURAS	XII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT.....	XV

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	18
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	24
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	25
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	25
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	26
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA.....	26
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA.....	26
1.4.3. METODOLÓGICA.....	27
1.5. OBJETIVOS	28
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	28
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	29
2.2. BASES TEÓRICAS	35
2.2.1. ANGUSTIA MORAL	35
2.2.1.1. RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS	37
2.2.1.2. TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA	42
2.2.1.3. ENTORNOS DE INSEGURIDAD	45
2.2.2. EL SÍNDROME DE BURNOUT	49
2.2.2.1. EXTENUACIÓN AFECTIVA	51
2.2.2.2. AUSENCIA EXISTENCIAL	56
2.2.2.3. PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL	59
2.3. MARCO CONCEPTUAL	65

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	67
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	67
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	68

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	73
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	74
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
4.4. DISEÑO	76

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	77
4.5.1. POBLACIÓN	77
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	77
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	77
4.5.2. MUESTRA.....	78
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	80
4.6.1. PARA VALORAR LA ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS	80
4.6.2. PARA VALORAR EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS .	81
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	83
PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS	83
PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS	83
4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS	84
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	85

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	87
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ...	87
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	93
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	97
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	101
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD.....	101
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	103

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS).....	107
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS).....	111
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	115

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS(OS)	119
6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS	123
6.3. ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	126
CONCLUSIONES	133
RECOMENDACIONES	134
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	143

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	87
TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	88
TABLA 3: AÑOS DE EJERCICIO DE LA CARRERA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	89
TABLA 4: ESTUDIOS DE DIPLOMADO/ESPECIALIDAD/POST GRADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	90
TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	91
TABLA 6: TRABAJO ADICIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	92
TABLA 7: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	93
TABLA 8: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A la TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	94
TABLA 9: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	95
TABLA 10: CONSOLIDADO DE ANGUSTIA MORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	96
TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA EXTENUACIÓN AFECTIVA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD “.....	97

TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA AUSENCIA EXISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD	98
TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD	99
TABLA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD	100
TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	102
TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS).....	104
TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS).....	108
TABLA 18: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS)	112
TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS).....	116

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	87
FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	88
FIGURA 3: AÑOS DE EJERCICIO DE LA CARRERA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	89
FIGURA 4: ESTUDIOS DE DIPLOMADO/ESPECIALIDAD/POST GRADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	90
FIGURA 5: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	91
FIGURA 6: TRABAJO ADICIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	92
FIGURA 7: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	93
FIGURA 8: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	94
FIGURA 9: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD.....	95
FIGURA 10: CONSOLIDADO DE ANGUSTIA MORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD	96
FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA EXTENUACIÓN AFECTIVA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD	97

FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA AUSENCIA EXISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD	98
FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD	99
FIGURA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD	100
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	103
FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	107
FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	111
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)	115

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud, se utilizó el método inductivo y el estadístico inferencial, el tipo de estudio fue correlacional de corte transversal, con una población de 110 enfermeras que laboraban en los diferentes establecimientos de la Red de Salud, de donde se eligió una muestra de 80 enfermeras a quienes se les administró la “Escala de angustia moral en profesionales de enfermería” y el “Granada Burnout Questionnaire”; entre los resultados se resalta que el 32.5 % de los profesionales de enfermería tienen alta o muy alta angustia moral y el 33.8 % de los profesionales de enfermería tienen alto o muy alto síndrome de burnout.; asimismo, dado un aumento de la angustia moral, se intensifica el síndrome de burnout en enfermeras(os); (coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo; 0,467**).

PALABRAS CLAVES: angustia moral, síndrome de burnout, enfermería, redes de salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between moral distress and burnout syndrome in nurses of the Concepción Health Network in 2021, the inductive method and the inferential statistic were used, the type of study was correlational cut cross-sectional, with a population of 110 nurses who worked in the different establishments of the Concepción Health Network, from which a sample of 80 nurses was chosen who were administered the "Scale of moral distress in nursing professionals" and the " Granada Burnout Questionnaire "; Among the results, it is highlighted that 32.5% of the nursing professionals have high or very high moral distress and 33.8% of the nursing professionals have high or very high burnout syndrome .; Likewise, given an increase in moral anguish, the burnout syndrome in nurses intensifies; (Pearson correlation coefficient moderate positive; 0.467 **).

KEY WORDS: moral anguish, burnout syndrome, nursing, health networks.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La angustia moral, es la sensación de malestar y desagrado que percibe la enfermera cuando vivencia una situación; en la que sabe, cuál es la forma correcta de actuar, pero debido a las circunstancias del momento no puede intervenir. La angustia moral está vinculado a la moralidad profesional que posee la enfermera. Es común que aparezca al presenciar la impericia técnica de otro personal de salud que pone en riesgo la salud e integridad del paciente, también se manifiesta ante los hechos en los que; otro personal de salud, hace prevalecer sus intereses personales, ante el bienestar y seguridad del paciente. Son frecuentes las manifestaciones de angustia moral en aquellas situaciones en las que se tienen que realizar acciones que benefician a la institución pero que son de perjuicio real o potencial para los pacientes (1).

Los contextos en los que no se respeta la autonomía del paciente y se vulnera su libertad y su dignidad; son generadores de angustia moral, para el que es consciente que se está cometiendo una transgresión contra el paciente. También, las situaciones en las que se expone la salud del paciente por las inadecuadas condiciones de infraestructura, equipos e insumos; producen gran angustia moral en las enfermeras; sobre todo en las que creen, que deben de actuar bajo los principios éticos que orientan su vocación profesional. Exponerse a la angustia moral de manera

frecuente; y que, además no sea posible salir de ese contexto; produce elevado estrés que, al ser repetitivo, ocasiona el síndrome de burnout en las enfermeras (2).

El síndrome de burnout es un estado que imposibilita el adecuado desempeño de la enfermera; debido a que ella, ya no puede generar sentimientos positivos favorables al cuidado del paciente y al trabajo en equipo dentro de la institución. En el burnout; la enfermera, ha perdido la capacidad de empatía y se ve arrastrada por sus emociones negativas; también presenta un estado de despersonalización, en la que se ha alejado mentalmente de la situación e interactúa con los pacientes y otras personas, como si se trataran de objetos y ya no puede volver a relacionarse de forma objetiva y humanizada con esta realidad. Como parte de esta alteración; la enfermera ha perdido “el sentido que para ella tenía su trabajo”, y ya no contempla un “propósito válido y útil en las actividades y esfuerzos que realiza en su puesto laboral”; estas condiciones no la hacen apta para seguir desempeñándose en la profesión (3).

Dada las complicadas condiciones actuales en las que trabaja la enfermera; caracterizadas por: sobrecarga laboral, conflicto de roles, falta de autonomía, escaso reconocimiento, escases de recursos, entre otros problemas; son manifiestos los contextos generadores de angustia moral. Las enfermas soportan la angustia moral, al mantenerse firmes en sus principios y valores éticos profesionales; sin embargo, esta situación los lleva a vivenciar estados de incompetencia subjetiva e impotencia percibida, que a su vez les provoca sensaciones de frustración y estrés; ante la

prolongación de estas circunstancias, la enfermera se verá afectada por el síndrome de burnout (4).

En una investigación realizada en Karlstad, Suecia; Dowaji M, y Malmström M, demuestran que; las enfermeras que trabajan con otros profesionales, que por su impericia técnica perjudicaban a los pacientes con sus intervenciones erradas, sentían angustia moral; estas enfermeras por diversas circunstancias institucionales no podían hacer nada para proteger al paciente, solo contemplaban mientras se sentían impotentes y se afligían ante el desasosiego psíquico. Las enfermeras al inicio modulaban sus emociones para evitar situaciones conflictivas, pero después de un tiempo adoptaron actitudes de indiferencia y de forma posterior manifestaron despersonalización y la creencia de ser un fraude para la profesión, de esta forma fijaban la presencia del síndrome de burnout (5).

En un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil; Schaefer R, encuentra que las enfermeras; que laboran junto a otros profesionales, que procuran siempre su beneficio personal en perjuicio de la recuperación del paciente; padecen: angustia moral, impotencia percibida y en el largo plazo síndrome de burnout. Es común la existencia de profesionales que buscan situaciones ventajosas a sus propósitos personales, dejando de lado el bienestar del paciente. Debido al bajo poder político institucional que ejerce la enfermera; no puede tener intervención significativa para corregir los individualismos perniciosos; pocas veces puede procurar un trato justo y humanizado para el paciente, por parte de todos los involucrados en la atención, y la respectiva sanción para los que contravienen a las prerrogativas del paciente.

Ante tales coyunturas; las enfermeras prefieren pasar estos hechos por desapercibidos, muchas enfermeras han tenido que renunciar a determinados valores que las definían como enfermeras; pero esto, las ha llevado a afectar su identidad profesional y personal, alterando el sentido trascendental que se autoatribuían como enfermeras. Estos incidentes se ven agravados cuando, son las instituciones las que hacen prevalecer sus intereses de rentabilidad antes que el bienestar de los pacientes (6).

En una investigación ejecutada en Columbia Británica, Canadá; McMurray E, halla que ante situaciones; en las que, los pacientes están expuestos a inseguridades y lesiones relacionadas con la impericia y la negligencia, las enfermeras vivencian angustia moral que las hacen más endebles al síndrome de burnout. Los escenarios sanitarios; en donde se asigna poco valor a los aspectos éticos, y prevalecen los propósitos prácticos utilitaristas; desatendiendo a los principios morales, son generadores de angustia moral en las enfermeras. Siendo el objetivo principal de todo sistema de salud: proteger, mantener y promover la seguridad de la atención; hay circunstancias en las que es casi imposible cumplir con estos preceptos; pero la enfermera no contempla excepciones, no admite flexibilidades y sufre angustia moral. Por mucho que las instituciones se esfuercen en anular las situaciones de riesgo, estas se suscitan. Es común que el personal médico tenga un sentido práctico y priorice a los pacientes con más opciones de recuperación y los que podrán llevar vidas útiles luego de superar su enfermedad; los médicos en ocasiones han tenido que postergar a los pacientes en los que es evidente la baja calidad de vida aun cuando se logre aliviar el problema de salud actual; sin embargo, la propensión

moralizadora de las enfermeras contemplará estas situaciones como injustas sobreviniéndoles crisis de angustia moral (7).

En un estudio realizado en Kabul, Afganistán; Keskin S, Koç Z, encuentran que, debido a que las enfermeras han enfrentado situaciones de angustia moral; muchas presentan síndrome de burnout; y han optado por alejarse mentalmente de la situación y actuar frente al paciente de una manera fría, involucrándose lo menos posible con el sufrimiento/dolor por considerarlo más cómodo. Asimismo, asumen que; si otros no poseen solvencia técnica es problema de ellos y del paciente, si no es ella la afectada porque tendría que preocuparse. El estado de agotamiento las ha llevado a considerar que ellas también tienen que cuidar sus propios intereses al igual que los demás y lo que importa es cumplir con las demandas laborales de la institución, dejando de lado los juicios de valor de las acciones; asumiendo el razonamiento que, si es bueno o malo para el paciente es secundario ya que al igual que los demás deben de cumplir órdenes. También asumen que la forma en que trabajan los demás no tiene importancia, porque sus esfuerzos no producirán ningún cambio y los contextos seguirán siendo iguales (8).

En una investigación realizada en Santiago, Chile; Vargas I; Concha C, hallan que las enfermeras expuestas de forma frecuente a la angustia moral, alteran sus principios profesionales y asumen convicciones como que no hay razones para esforzarse porque no se logrará nada, que nadie valora el trabajo realizado así que se debe de hacer el menor esfuerzo posible. Asimismo, al ver que no ha sido respetada la autonomía del paciente y se le ha sometido a tratamiento y

procedimientos bajo la imposición de otro profesional de salud, se produce indignación; pero la enfermera no puede interceder por el paciente porque no tiene ni los argumentos necesarios ni la autoridad para que pueda ser escuchada, en estas circunstancias prefiere abstenerse de emitir cualquier opinión y se limita a cumplir con las indicaciones médicas. Los eventos de angustia moral en las enfermeras se acompañan: de sensaciones de desánimo, desesperanza e ideas de incompetencia personal e induce al conflicto con sus valores profesionales; la repetición de estas experiencias desagradables es causa del síndrome de burnout que afectan todo su desempeño profesional (9).

En la red de salud de Concepción, se observa que en pocas ocasiones se considera la capacidad de decidir de los usuarios; siempre se tratan de imponer tratamientos y procedimiento preestablecidos en normas técnicas y guías de procedimientos estandarizados; asimismo, es común que: la carencia de recursos/equipos, las inadecuadas instalaciones y el escaso personal de salud; impidan garantizar la seguridad del paciente o una atención de notable calidad; la enfermeras sabe cuál es la forma correcta de actuar pero no puede hacerlo por la múltiples restricciones y carencias existentes; estas contradicciones les genera sentimientos de angustia moral que al darse de forma constante podría llevarlas a padecer el síndrome de burnout.

Por todo lo mostrado anteriormente, realizamos esta investigación con el propósito de determinar la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud de Concepción en el 2021.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El estudio realizado se basó en el supuesto que; las enfermeras con angustia moral, que saben cuál es la forma correcta de actuar; pero que, debido a las circunstancias del momento y el lugar, deben de actuar de manera diferente; sienten malestar y sufren estrés, que al ser repetitivo les provoca síndrome de burnout. Las enfermeras en muchas ocasiones en las que perciben actos de agravio e impericia hacia el usuario, deben de permanecer como espectadoras pasivas de estos hechos; pero, se sienten mortificadas, impotentes e incompetentes; la reiteración de estas experiencias, suscita el síndrome burnout; comprobar la asociación de la angustia moral y el síndrome de burnout fue el propósito de este trabajo científico.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud de Concepción.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se ejecutó en el año 2021, se recolectaron los datos en los primeros meses del año en referencia. La investigación abarcó a todos los profesionales de enfermería que se encontraban laborando en la Red de Salud de Concepción en el año en referencia.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud?
2. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud?
3. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

Con la ejecución de esta investigación, se comprobó la asociación, entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras, y se ha sugerido la implementación de un programa que reduzca la angustia moral en las enfermeras. El programa incluirá la identificación de situaciones de conflicto moral, para establecer medidas que puedan reducirlas, también se establecerán reuniones periódicas que puedan examinar las situaciones generadoras de dilemas éticos, que afecten la integridad moral de las enfermeras. Estas medidas reducirán la prevalencia del síndrome de Burnout. Todas estas intervenciones mejorarán la atención de salud de los usuarios de la Red de salud de Concepción.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

La realización de esta investigación nos permitió comprobar que la teoría de la ética del cuidado de Joan Tronto; aporta explicación solvente, sobre la asociación de la angustia moral y el síndrome de burnout. Esta teoría plantea que; una actitud reconocida como buena, necesaria y asumida por las personas dada su propia condición digna de persona; es el de cuidar de los demás, como propósito fundamental de todo ser humano consciente de su humanidad; faltar a este llamado natural impreso en todo ser humano producirá algún tipo de pesar emocional. El cuidado requiere: un reconocimiento de las necesidades de los demás para poder responder a ellas, un sentido de obligación, percibir la necesidad de actuar o

reaccionar, y de procurar tener la suficiente suficiencia que otorgue la adecuada capacidad de respuesta (10). El estudio solo aportó datos que dan respaldo empírico al grado en que esta teoría explica ciertos hechos específicos del quehacer de las enfermeras de la red de salud de Concepción.

1.4.3. METODOLÓGICA

En la investigación propuesta se emplearon instrumentos validados en su versión original y en su traducción al español; no obstante no existen estudios nacionales que verifiquen su validez y confiabilidad, por lo que en el proceso de ejecución de la investigación se comprobó la validez y confiabilidad de los mismos; en consecuencia, estos instrumentos pueden ser utilizados en las investigaciones referentes a la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras; también pueden ser empleados en evaluaciones de tamizaje institucional concernientes a la angustia moral y el síndrome de Burnout en enfermeras.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud
2. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud
3. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M, en el 2018; desarrollan una investigación titulada “Angustia moral y burnout en enfermeras iraníes: el efecto mediador del acoso laboral” en Tabriz, Iran; con el objetivo de establecer la relación entre la angustia moral y el agotamiento en las enfermeras iraníes, y la mediación de las percepciones del acoso laboral; para lo cual realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal; se empleó una muestra de 278 enfermeras de cinco hospitales a las que se les administró el cuestionario “Moral Distress Scale-Revised” y el “Maslach Burnout Inventory”; entre los resultados se destaca que existe una asociación significativa entre la angustia moral y el síndrome de burnout; asimismo se encontró que el desequilibrio psicológico y el sentido negativo experimentado cuando la enfermera toma una decisión moral pero no la implementa o no hace lo correcto debido a limitaciones jerárquicas; la angustia moral causa muchos problemas físicos y emocionales en la enfermería, tales como ira, culpa, impotencia, estrés, agotamiento, insatisfacción laboral, cambios negativos en la autoimagen y espiritualidad y abandonar la enfermería. El síndrome de burnout es uno de las principales consecuencias de la angustia moral; que además obstaculizan al sistema de salud. Las complicaciones de burnout incluyen quejas físicas, problemas de sueño, depresión, disfunción social, resignación, ausencias repetidas, reducción de

la eficiencia energética y laboral, reducción de la satisfacción laboral y reducción de la calidad de la atención y los servicios al paciente (11).

Lins R, Junqueira G, Fátima A, Vieira J, en el 2017; ejecutan una investigación titulada “La angustia moral y su contribución al desarrollo del síndrome de burnout entre los proveedores de cuidados críticos” en São Paulo, Brazil; con el objetivo de establecer la correlacione entre la angustia moral y el síndrome de burnout; para lo cual procedieron a un estudio observacional trasversal, considerando a una muestra de 283 enfermeras a las que se les administró el “Moral Distrés Scale Revised” y el “Maslach Burnout Inventory”; entre los resultados se destaca que existe asociación significativa directa moderada entre la angustia moral y el síndrome de burnout ($r = 0.446$); asimismo la enfermera ante su incapacidad como agente moral para actuar de acuerdo con los valores centrales y a las obligaciones percibidas debido a restricciones internas y externas siente angustia moral y como su consecuencia más dañina sufre el síndrome de burnout. La enfermera se identifica como una fuente esencial de muchos dilemas, como conflictos entre obligaciones legales y éticas, impotencia percibida, distancia de poder, carga de trabajo, percepción de tratamiento médico inadecuado y comunicación fallida por parte del equipo médico, la angustia moral conduce a la duda, a la falta de seguridad en sí misma, al miedo, la ansiedad y otras situaciones que predisponen al agotamiento (12).

Barr P, en el 2020; realizan la investigación titulada “Burnout en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales: relaciones con angustia moral, inseguridades de apego adulto y propensión a la culpa y la vergüenza” en Sydney,

Australia; con el objetivo de explorar las relaciones de angustia moral con el burnout en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales; para lo cual realizaron un estudio transversal multivariado; se empleó una muestra de 142 enfermeras a las que se les administró “Burnout Measure” y el “Moral Distress Scale-Revised”; entre los resultados se destaca que el agotamiento está explicado por la angustia moral ($\beta = 0.40$), el apego ansioso ($\beta = 0.18$) y la propensión a la vergüenza ($\beta = 0.22$); asimismo la enfermería es una de las profesiones sanitarias más gratificantes, pero también puede ser estresante y desgarradora. Muchos cuestionan el significado y el propósito del trabajo de enfermería y están predispuestas a la angustia moral y al agotamiento. Las enfermeras idealistas informan sentimientos de culpa y vergüenza por haber sucumbido al agotamiento. Las enfermeras experimentan angustia moral cuando participan involuntariamente en lo que perciben como un tratamiento inapropiado, o cuando quedan atrapadas en fallas organizacionales sistémicas. Un tratamiento inapropiado es aquel que causa dolor y sufrimiento innecesarios, prolonga una muerte inevitable o, a sabiendas, comprometen a un paciente a una vida gravemente gravada por una discapacidad grave. Una falla organizacional sistémica resulta de la atención subóptima de los pacientes debido a problemas con la dotación de personal, la comunicación o la continuidad de la atención, o porque las enfermeras o los médicos no poseen el conocimiento y la habilidad técnica necesarios para brindar el nivel de atención requerido (13).

McAuley J, en el 2018, desarrolla el estudio titulado “Desarrollar resiliencia para combatir los síntomas de angustia moral y burnout en las enfermeras: ¿es eficaz?”

Una revisión integradora”, en Virginia, EEUU; con el objetivo de establecer la asociación entre la resiliencia, la angustia moral, el burnout en las enfermeras; con este fin realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en el que se convocó a una muestra de 230 enfermeras a las que se les administró el “Scale Of Moral Distress” y el “General Questionnaire Of Burnout Syndrome”; entre los resultados se subraya que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = 0.52); asimismo la angustia moral es provocada por las restricciones circunstanciales que hacen que sea casi imposible para la enfermera realizar la acción correcta, la angustia moral está relacionada con la forma en que la enfermera percibe su papel. Se sabe que en cualquier función que tenga la enfermera, tanto el conocimiento como el nivel de habilidad percibido de la enfermera y la confianza de la enfermera la predisponen a experiencias de angustia moral. La enfermera debe ser capaz de comunicar y tener la capacidad de tomar decisiones éticas en situaciones éticamente desafiantes si se quiere evitar la angustia moral. Las enfermeras a veces pueden verse como reacias al riesgo, pero deben de tener el coraje para asumir riesgos adicionales para pasar de la angustia moral a la moral acción; cuando las enfermeras se mantienen en la angustia moral son arrastradas al síndrome de burnout (14).

Cherny N, Werman B, Kearney M, en el 2015, ejecutan la investigación titulada “Burnout, fatiga de compasión y angustia moral en los cuidados paliativos” en Oxford, Reino Unido; con el objetivo de establecerla asociación entre el síndrome de burnout, la fatiga por compasión y la angustia moral; para los cual se realizó un estudio descriptivo transversal empleando una muestra de 260 enfermeras a las que

se les administró el “Brief Test Of Moral Distress” y “Expanded Scale Of Burnout Syndrome”; entre los resultado se destaca la asociación significativa de la angustia moral y el síndrome de burnout; asimismo se evidencia que la angustia moral es una reacción de estrés caracterizada por sentimientos de frustración, enojo y ansiedad. Ocurre cuando la enfermera tiene una convicción de lo que es éticamente correcto, pero se ve impedida de actuar. Las limitaciones externas que contribuyen a la angustia moral incluyen desequilibrios de poder entre los miembros del equipo de atención de salud, preferencias del paciente o la familia, mala comunicación entre los miembros del equipo, presión para reducir costos, miedo a acciones legales, falta de apoyo administrativo o políticas hospitalarias que pueden entrar en conflicto con las necesidades de atención del paciente. La angustia moral comúnmente puede producir sentimientos de frustración, ira y ansiedad y de haber sido devaluado y marginado. La angustia moral puede ser devastadora y provocar pesadillas, dolores de cabeza y depresión. Las enfermeras afectadas a menudo se sienten privadas de sus derechos y puede ser reacias a divulgar su angustia y sentimientos de impotencia. Esto puede contribuir a sentimientos de aislamiento, que es una amenaza adicional para su autoestima. La angustia moral es un factor que contribuye al síndrome de burnout en las enfermeras (15).

Whittaker B, Gillum D, Kelly J, en el 2018, desarrollan una investigación titulada “Burnout, angustia moral y rotación de personal en enfermeras de cuidados críticos” en Texas, USA; con el objetivo de determinar la relación de la angustia moral con el síndrome de burnout; con este fin realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en el que se convocó a una muestra de 345

enfermeras a las que se les administró el “Ethnographic Questionnaire Of Moral Anguish” y la “Extended Scale Of Assessment Of Burnout Syndrome”; entre los resultados se subraya que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = 0.47); asimismo se evidencia que la educación ética de la enfermera le inculca a los profesionales la confianza para llevar a cabo la acción moral de manera más efectiva, y de hecho puede tener una "influencia positiva significativa en la confianza moral y la acción moral". La visión del mundo de una enfermera, como las expectativas de los estándares de atención, la sensibilidad moral y las perspectivas éticas individuales contribuyen a la experiencia de angustia moral. La angustia moral se desarrolla a partir de una combinación del sistema de valores personales y la naturaleza de la enculturación al papel de enfermería. La cultura del lugar de trabajo influye en la angustia moral, al igual que los propios antecedentes culturales de una persona. Las percepciones de angustia moral pueden desarrollarse a partir de experiencias de vida acumulativas y experiencias previas en situaciones similares o idénticas. Las enfermeras que carecen de experiencia para abordar situaciones éticamente desafiantes pueden estar en mayor riesgo de experimentar angustia moral y por acumulación de tensiones el síndrome de burnout (16).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ANGUSTIA MORAL

La "angustia moral" caracteriza a las circunstancias en las que "uno sabe lo que hay que hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto", la "angustia moral" nombra los "sentimientos dolorosos y / o desequilibrio psicológico que ocurre. La "angustia moral éticamente significativa" menciona seis categorías: desafíos, amenazas y violaciones de la integridad profesional; y desafíos, amenazas y violaciones de la integridad individual. El concepto de angustia moral identificó dos componentes: (a) conocimiento moral sobre lo que se debe hacer en circunstancias específicas, y (b) restricciones organizativas para implementar ese conocimiento (17).

La angustia moral inicial "ocurre cuando la persona siente frustración, enojo y ansiedad cuando se enfrenta a obstáculos institucionales y conflictos interpersonales sobre los valores". La angustia moral reactiva es la "culpa, frustración y enojo que ocurre cuando las personas no actúan sobre su angustia inicial". El origen del conocimiento moral de lo que uno debe hacer está en los valores de un individuo. La angustia moral se desencadena cuando un individuo encuentra impedimentos externos que limitan, como restricciones u obstáculos, la capacidad de actuar según el conocimiento moral de uno. Los valores implicados en las "actitudes sostenibles" son valores duraderos, no temporales o transitorios. La angustia moral implica "un desafío que surge cuando uno tiene un juicio ético o

moral sobre la atención que difiere del de los demás a cargo". Los valores duraderos implicados en la angustia moral se originan en el papel profesional de uno (2).

Cuando los eventos y las demandas amenazan los valores más importantes y las suposiciones fundamentales de una persona sobre el mundo, esta amenaza se acompaña de una sensación de no tener el control. Vale la pena mantener los valores duraderos precisamente porque son importantes y fundamentales en la vida de uno. La angustia moral se siente con mayor intensidad cuando se dan cuenta de que nunca pueden alcanzar sus ideales de atención al paciente que son fundamentales para sus identidades morales como enfermeras. Esto sugiere que los valores duraderos implicados en la angustia moral se originan en la identidad profesional y la capacidad de las enfermeras, u otros profesionales de la salud, de mantener los estándares profesionales que expresan integridad profesional, que es el fundamento de identidad profesional. Dicho de manera más precisa, los valores duraderos se originan en la virtud de la integridad profesional (1).

La angustia moral se manifiesta como el componente principal de las respuestas psicológicas a las fuerzas sociales. Cuando se experimenta que el comportamiento de uno es inconsistente con creencias morales fuertemente arraigadas, se produce angustia moral. La angustia moral ocurre cuando "la integridad moral está en peligro, comprometida o traicionada". La integridad moral se ha descrito como estar a la altura del código moral personal de uno, para que uno pueda dormir por la noche o vivir con uno mismo, demostrando coraje, paciencia y perseverancia frente al conflicto (4).

La angustia moral implica "amenazas a la integridad". Se sigue que: La angustia moral difiere de otras formas de angustia emocional. Es importante precisamente porque es tan poderoso y tan destructivo para la agencia moral y la integridad de los proveedores de atención médica. Las experiencias de angustia moral comprometen los valores o deberes centrales de los proveedores, que son los ingredientes fundamentales de su integridad moral. Los impedimentos que amenazan tales valores y creencias constituyen un componente del concepto de angustia moral (18).

2.2.1.1. RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS

En situaciones moralmente conflictivas, el compromiso con los valores profesionales y experimentar el significado en toda la atención al paciente está amenazado. Las amenazas y los desafíos al compromiso de uno con los valores profesionales, es decir, con la integridad profesional, se encuentran entre los impedimentos para actuar sobre la integridad profesional e individual de uno (19).

En su sentido más general," integridad moral "significa solidez, confiabilidad, integridad e integración del carácter moral. En un sentido más restrictivo, el término se refiere a objetividad, imparcialidad y fidelidad en el cumplimiento de las normas morales. Los compromisos sostenidos con la excelencia intelectual y moral definen esta "adherencia a las normas morales" y crean la "solidez, fiabilidad, integridad e integración o carácter moral". Como tal, la integridad es una virtud fundamental, una condición sine qua non para la vida moral de los agentes morales. La agencia moral basada en la virtud de la integridad se convierte en una forma de vida que

vale la pena vivir. La integridad se convierte así en esencial para la medicina como "empresa moral" (20)

Los compromisos con la excelencia en la atención al paciente definen este esfuerzo moral, porque dicho compromiso proporciona la "solidez, fiabilidad, integridad e integración" del carácter profesional. La integridad profesional requiere dos compromisos. la integridad profesional requiere un compromiso sostenido con la excelencia intelectual, esto significaba conformar el juicio clínico, la toma de decisiones y la práctica a la disciplina del razonamiento basado en la "experiencia" no utilizó la "experiencia" como lo hacemos nosotros, para nombrar experiencias personales idiosincráticas y potencialmente sesgadas. la integridad profesional requiere un compromiso sostenido con la excelencia moral, al hacer que los intereses relacionados con la salud del paciente sean la principal preocupación y motivación del profesional, mientras que el interés personal se mantiene sistemáticamente secundario (21).

Este compromiso con la excelencia moral debe en el manejo responsable de los conflictos de intereses (conflictos entre la responsabilidad profesional en la atención al paciente, la investigación y la educación, por un lado, con el interés propio, por el otro). Este compromiso con la excelencia moral también debe guiar a los médicos y otros profesionales de la salud en el manejo responsable de los conflictos de compromiso (conflictos entre la responsabilidad profesional en la atención al paciente, la investigación y la educación (22).

Los profesionales de la salud están formados moralmente no solo por los requisitos de integridad profesional. Los profesionales de la salud, como todos los seres humanos, también están formados moralmente por los requisitos de integridad individual: compromisos sostenidos con la excelencia intelectual y moral que se originan en formas de vida distintas de las profesiones de la salud. La integridad individual requiere el compromiso sostenido con la excelencia intelectual: conformar el propio juicio, la toma de decisiones y el comportamiento con los estándares de excelencia intelectual, que pueden originarse en fuentes tales como la fe religiosa, la reflexión filosófica, los poderosos modelos a seguir en la vida y la educación en la propia familia e historia familiar (23).

La integridad individual también requiere un compromiso sostenido con la excelencia moral: poner los intereses de los demás en la vida de uno fuera del entorno clínico antes que el propio. Obviamente, los intereses de los miembros de la familia (cónyuge, hijos y padres ancianos frágiles) son importantes en la vida moral de los profesionales de la salud en sus vidas laicas. El compromiso sostenido con la protección y promoción de los intereses de los demás produce los valores duraderos que constituyen la integridad individual. La integridad profesional e individual se convierte en la fuente de valores y juicios duraderos basados en tales valores que constituyen el conocimiento moral (24).

uno de los productos morales más importantes de la integridad profesional es el sentido de autoestima que resulta de hacer compromisos sostenidos con la excelencia intelectual y moral en la atención, investigación y educación del

paciente. Del mismo modo, la integridad individual genera el sentido de autoestima como ser humano: importando en la vida de los demás y, por lo tanto, justificadamente importando a los demás. La integridad profesional e individual, por lo tanto, juega un papel importante, y a menudo insuficientemente apreciado, en la generación de la obligación de respetar a los profesionales de la salud como profesionales y personas (25).

La angustia moral debe entenderse como "la experiencia de estar seriamente comprometido como un agente moral en la práctica de acuerdo con los valores y estándares profesionales aceptados. Es una experiencia relacional conformada por múltiples contextos, incluido el contexto sociopolítico y cultural del entorno del lugar de trabajo. Sobre la base de la cuenta que hemos proporcionado de integridad profesional e individual, podemos elaborar esta propuesta. La integridad profesional es de hecho relacional, en el sentido de que se sustenta solo por profesionales de la salud que trabajan juntos para mantener su integridad profesional. A este respecto, la cultura organizacional (las políticas y prácticas de una organización, lo que su liderazgo fomenta y desalienta, y lo que tolera su liderazgo, incluidos, especialmente, los líderes que toleran lo que no deben tolerar) se vuelve crucial (26).

En ausencia de una cultura organizacional comprometida con la profesionalidad en la atención, investigación y educación del paciente, se hace imposible mantener la integridad profesional de uno. Esto también es cierto para la integridad individual. En ausencia de una cultura organizacional de apoyo, el respeto por los

individuos como personas se vuelve imposible de mantener. Esto refleja el aspecto social del componente intrapersonal de la integridad individual y la coherencia que crea en la vida intelectual y moral. Impedimentos para actuar sobre la integridad profesional e individual: desafíos, amenazas y violaciones (27).

Los impedimentos para actuar sobre la integridad profesional e individual definen las "restricciones institucionales", los impedimentos para actuar sobre juicios morales basados en la integridad sobre lo que se debe hacer toman la forma de desafíos, amenazas y violaciones de la integridad profesional e individual. La integridad profesional e individual se ve desafiada cuando las circunstancias en las que uno se encuentra crean incentivos que, si se actúan, debilitan la autodisciplina y el compromiso con el cuidado de los demás requerido por la integridad profesional e individual. Se hace difícil hacer lo correcto, ya que tales incentivos distraen la atención y activan el interés propio (28).

La integridad profesional y moral puede verse amenazada cuando las circunstancias en las que uno se encuentra no respaldan la integridad. Los impedimentos para hacer lo correcto se vuelven más formidables, y hacer lo correcto comienza a requerir niveles de autosacrificio que son muy exigentes; uno lucha por mantener su identidad que se origina en compromisos profesionales o individuales con la excelencia intelectual y moral. En tales circunstancias, uno se disgrega moralmente; se pone en tela de juicio la coherencia en la vida moral que crea la integridad (29).

Los impedimentos que crean desafíos para el profesional y el individuo son distintivos porque no son permanentes y, por lo tanto, a menudo ceden cuando se oponen. Los desafíos a la integridad profesional e individual se pueden eliminar al afirmar la integridad profesional o individual, dependiendo de si los compromisos profesionales o individuales con la excelencia intelectual y moral están en juego. En nuestra opinión, el concepto de desafíos a la integridad profesional e individual captura el significado del concepto de integridad moral (30).

2.2.1.2. TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA

La autonomía del paciente es reconocida en todo el mundo por los cuidadores como un valor. Este principio de autonomía surge de la noción de autonomía de un individuo con la libertad individual y acepta un funcionamiento social basado en la negociación y la contractualización, el paciente debe ser quien tome la decisión final sobre los asuntos que le conciernen. Se trata de respetar a todos por tener su propia salud y elegir las opciones que correspondan a sus deseos, valores o planes de vida. Por lo tanto, es la capacidad de una persona de elegir a su profesional, controlar su voluntad de consentir o no el tratamiento, seguir o no las recomendaciones o consejos del cuidador. Presupone la capacidad de juzgar, prever, elegir y la libertad de poder actuar, aceptar o rechazar según su juicio informado (31).

Como tal, la autonomía se opone al paternalismo médico, que ha estado en el centro de un tipo tradicional de relación entre el proveedor de atención y su paciente, que consiste en que el cuidador reemplaza a su paciente en la toma de

decisiones sobre la base que el practicante actuaría por el bien de su paciente. El requisito previo para respetar la autonomía es ofrecer al paciente información de calidad (completa, justa, aproximada y en términos inteligibles) y obtener el consentimiento informado antes, durante y después del tratamiento siempre que sea necesario. se tuvo que ofrecer / proporcionar una intervención o un tratamiento. Esto debe respetar la decisión del paciente, incluso si iba en contra de la opinión del profesional (por ejemplo, en el caso de que un paciente rechace una sedación profunda al final de la vida mientras el profesional está inclinado proponerle a él) (32).

En esto, el principio de autonomía está ligado al de respeto a la dignidad humana. La persona humana es considerada como el valor supremo, un estado en el que, sin pedir permiso a nadie y sin depender de la voluntad de ningún otro hombre, puede hacer lo que les gusta, sean humanos, es su primer deber, ser humano es un rango que él no puede perder, un rango que lo honra en todo momento; el hombre no puede ser utilizado por ningún hombre (ni por otros, ni por sí mismo) simplemente como un medio, sino que siempre debe ser tratado al mismo tiempo como un fin, y eso es precisamente en lo que consiste su dignidad", "la autonomía es, por lo tanto, un principio de la dignidad de la naturaleza humana y de cualquier naturaleza razonable" (33).

tratar a los demás siempre como un fin, nunca simplemente como un medio (imperativo categórico), el reconocimiento de la dignidad de una persona presupone un respeto activo por sus derechos humanos, su autoestima y su autonomía. Pero la

autonomía no es solo un derecho, también es una responsabilidad compartida, una elección resultante de una decisión mutua, porque el paciente es autónomo solo para tomar decisiones responsables, es decir informado, legítimo y razonable. El practicante debe mantener el control de su elección terapéutica. Además, el paciente puede rechazar la opción ofrecida por el proveedor de atención, pero no puede reclamar un tratamiento innecesario, contraindicado o que a veces puede ser peligroso (en cirugía plástica, por ejemplo), o que no tendría en cuenta estándares médicos actuales y atención disponible (34).

La única persona que puede decidir por el paciente es el paciente mismo y no es prerrogativa del profesional imponer su propia escala de valores. La asociación cuidador / paciente resultante de una relación de confianza basada en información justa, entendible por el paciente y verificada como tal, sigue siendo el garante. Además, los pacientes se reservan el derecho de rechazar el tratamiento, pero no pueden reclamar ningún tratamiento (35).

Desde el punto de vista de la práctica médica, esta primacía de autonomía significa que saber mejor que el sujeto no implica la existencia del derecho de autoridad del profesional sobre el paciente. La interpretación del concepto de "autonomía" en el contexto médico también depende de la filosofía adoptada. En un sistema liberal anglosajón, la autonomía del paciente se interpretará como puramente individualista, todo será un contrato entre el paciente y el profesional. Las responsabilidades se identificarán claramente antes, durante y después de la finalización del contrato. En un sistema universalista, donde domina la idea de un

estado protector, la autonomía individual estará limitada por lo expresado en la legislación (36).

La autonomía de toma de decisiones del paciente se basa en la calidad de la información y la relevancia de las recomendaciones dadas por el cuidador. Tiene en cuenta todas las fuentes de información del paciente. La autonomía solo es completa si el paciente ha sido informado de manera clara y fiel y si tiene la capacidad y la libertad de consentir para que solo lo atiendan. Por lo tanto, la autonomía siempre permanece enmarcada por la información por un lado y el consentimiento por el otro (37).

2.2.1.3. ENTORNOS DE INSEGURIDAD

Actualmente, la seguridad del paciente es un factor clave en la asistencia sanitaria. Se define como la ausencia de daños evitables a un paciente durante el proceso de asistencia sanitaria o como la prevención de errores y eventos adversos causados por la prestación de asistencia sanitaria en lugar del paciente. Identificar los elementos particulares de lo que hace que una organización de salud sea segura es difícil y lograr la seguridad solo es posible si todos los componentes de los sistemas de entrega están involucrados. Existe una presión significativa para mejorar la seguridad del paciente y una demanda de una respuesta gerencial o de todo el sistema para mejorar la seguridad del paciente (38).

La seguridad del paciente ha recibido una atención significativa de los administradores de atención médica durante la última década, y el papel de la

gerencia en la creación de una cultura de seguridad del paciente se ha convertido en un foco principal de interés. A pesar de este interés, los aspectos éticos de la seguridad del paciente no se han descrito claramente. Como concepto, la seguridad del paciente tiene una naturaleza implícita, fundamentalmente ética, pero la seguridad ética del paciente se refiere a enfoques adoptados donde los aspectos éticos de la seguridad del paciente han sido explícitamente definidos. Por lo tanto, la seguridad ética del paciente puede verse como relacionada con la gestión de enfermería en términos de protección de la dignidad humana, y de autorizar y supervisar la implementación de protocolos éticos, y, por lo tanto, está relacionada con la gestión de los recursos humanos en términos de competencia y educación (39).

Las razones principales para la seguridad ética del paciente se exploran y formulan en "el imperativo ético". Los valores y principios subyacentes se aplican a la seguridad del paciente, mejorando su visibilidad para la toma de decisiones de los gerentes de enfermería. La naturaleza contradictoria de esperar seguridad individual y utilitaria se discute como un desafío en la práctica de gestión de enfermería, junto con desafíos futuros. Finalmente, se considera el papel de los gerentes de enfermería en el reparto de la responsabilidad (40).

Al buscar argumentos morales para la seguridad del paciente, el imperativo ético puede verse como impulsado desde la misión original y el objetivo de los sistemas de atención médica. El objetivo principal de un sistema de atención médica es proteger, mantener y promover la seguridad de la atención brindada al público.

Aunque el tratamiento y la atención pueden ser de alta calidad en otros aspectos, si no se brindan de manera segura, la misión de la atención médica es no lograda. Desde una perspectiva ética, los objetivos de un sistema de salud en relación con la seguridad del paciente pueden considerarse de dos maneras. Primero, se entiende como un valor práctico: donde importan los beneficios, los resultados, la efectividad y los impulsores económicos de la atención. En ese sentido, la seguridad del paciente es una forma razonable de disminuir los costos y la carga de la atención médica dentro de una sociedad. En segundo lugar, el objetivo de la seguridad del paciente se percibe como un valor moral, con el papel del ser humano enfatizado como un argumento principal: la seguridad de la atención se persigue para proteger y promover la dignidad humana. Por lo tanto, las razones prácticas y éticas para la seguridad del paciente están entrelazadas, no se puede separar y, juntos, crean el principal imperativo para la acción de seguridad del paciente (41).

La legislación como piedra angular para la seguridad ética del paciente La implementación del imperativo ético de la seguridad del paciente en los países desarrollados está respaldada por la ley y las convenciones internacionales. Los principales motivos de variación en la seguridad del paciente entre países de todo el mundo son los diferentes contextos nacionales y el apoyo legislativo (42).

Aunque el compromiso ético para la seguridad del paciente es voluntario por naturaleza, está consagrado en códigos de conducta profesionales, y si no se obedece, las consecuencias son morales. y legal en naturaleza. Por lo tanto, desde una perspectiva de gestión de enfermería, la adhesión a la promoción de la

seguridad del paciente desde una postura ética no es solo una cuestión moral o una cuestión de interés personal, sino que es un requisito legal incluido en la misión principal de la atención de salud. Esto desafía a los gerentes de enfermería a identificar la seguridad del paciente como un imperativo ético dentro de una discusión legislativa (22).

Las cuestiones éticas se consideran la base conceptual inherente para la seguridad del paciente y también como una base de valor de la cultura de seguridad y prestación de asistencia sanitaria. Los valores y principios subyacentes de la seguridad del paciente se encuentran en su cultura operativa e integrado en la cultura organizacional. Esta cultura surge de los supuestos subyacentes del propósito central de una organización de atención médica. Los valores de seguridad son los factores más importantes que influyen en la práctica segura de las enfermeras, con normas de seguridad, a menudo no escritas, como la expresión de valores y reglas que guían la práctica. Esto presenta una paradoja para los gerentes de enfermería al adoptarlas como características definitorias, y como valores subyacentes y suposiciones que pueden hacerse explícitas y sujetas a una evaluación crítica (2).

El motivo ético más fuerte en todos los cuidados implica el respeto a la dignidad absoluta del ser humano. La dignidad implica libertad interna y responsabilidad para la propia vida y la de los demás. Este concepto se utiliza para describir la calidad de ser digno, honrado o estimado, basado en varias definiciones de un atributo o derecho humano en la vida. Los códigos éticos profesionales usan esta

frase junto con términos como "respeto", "valor", "integridad", "singularidad" y "derechos humanos". La noción de dignidad se considera importante para las disciplinas sanitarias a nivel mundial. Los valores éticos de la seguridad del paciente no están separados de otros principios sanitarios; por el contrario, se ubican en un campo central donde emergen los valores sanitarios. Principalmente, los conceptos de seguridad del paciente están entrelazados con el valor de la dignidad humana, y todas las acciones de seguridad están dirigidas a proteger y promover la seguridad del paciente por este motivo (19).

Respetar la dignidad humana requiere que se tenga en cuenta la seguridad del paciente con igual disposición para todos los pacientes, sin discriminación derivada de valores culturalmente ligados. Si el respeto de la dignidad humana no se incorpora a las acciones de seguridad del paciente, se puede cometer un acto poco ético. En este sentido, comprender los antecedentes culturales y religiosos del paciente es importante para incorporar la dignidad en la práctica de enfermería segura. También es necesario reconocer las características de los pacientes y responder a la singularidad de cada tipo de actitud. La preservación de la dignidad humana requiere el cuidado de todo el paciente, incluidas las actitudes morales, con responsabilidad y respeto por la autonomía del paciente, y apertura para confirmarlo. siempre que necesiten apoyo (4).

2.2.2. EL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout es un estado en el que la enfermera ya no tiene forma de generar sentimientos positivos hacia la labor que cumple, se siente ajena y

desconectada de su escenario de trabajo además considera a su trabajo carente de todo sentido. Tiene la creencia de que ya no puede trabajar eficazmente con los pacientes de la forma y calidad en que ella quiere y estaba acostumbrada a trabajar. La energía o la capacidad de trabajo de los empleados puede disminuir con el tiempo cuando el entorno de trabajo no proporciona recursos y es especialmente exigente. El compromiso, el entusiasmo y el interés en el trabajo de alguien erróneamente conducidos llevan al agotamiento. Representa una erosión en el valor, la dignidad, el espíritu y la voluntad. Es una alteración que se propaga de manera gradual y continua a lo largo del tiempo, colocando a las enfermeras en una espiral descendente de la que es difícil recuperarse (43).

Es el resultado de un proceso prolongado y lento que puede durar incluso años, los "factores desencadenantes" son las demandas laborales excesivas y la incapacidad del empleado de invertir energía continuamente para satisfacer las demandas. El desarrollo del agotamiento generalmente comienza en una etapa temprana de agotamiento emocional. El agotamiento de hoy proviene principalmente de la presión para satisfacer las crecientes demandas de los demás, o de la intensa competencia para ser mejores que otros en la misma organización o empresa, o del impulso para ganar más y más dinero, o del sentimiento que se te oculta algo que obviamente mereces (44).

Burnout es un "síndrome multidimensional". Se manifiesta por síntomas de agotamiento severo y angustia por sentirse abrumado y exagerado, sentimientos de ineficacia e insuficiencia, disminución de la motivación y el compromiso, y

"actitudes y comportamientos disfuncionales en el trabajo". Las personas que sufren de agotamiento tienen reacciones que pueden ser emocionales (ansiedad, depresión), fisiológicas (hipertensión, lumbalgia, diabetes tipo 2), cognitivas (dificultad para concentrarse, tomar decisiones), motivadoras (pérdida de interés en su trabajo) o conductual (aislamiento, cinismo) (45).

2.2.2.1. EXTENUACIÓN AFECTIVA

El agotamiento emocional se caracteriza por un colapso de la autoimagen, por la duda, la fatiga crónica y el deseo de descansar, resumido en el sentimiento de ya no poder hacer más. Se ha perdido el sentimiento de calma y relajación, es muy bajo el sentimiento de energía y actividad, también ha desaparecido el sentimiento de frescura después de despertarse. Quienes están comprometidos con su trabajo sufren de agotamiento emocional. Por lo tanto, no se trata de "débiles" que tienen o incluso avanzan tal síndrome, sino de las personas que están totalmente comprometidas con su trabajo y ven un significado en su trabajo. Si están exhaustos, este no es principalmente su problema, sino que también indica problemas en la organización dentro de la empresa. El agotamiento no es culpa del individuo (45).

Pero los problemas emocionales, se preguntarán, ¿son problemas que tienen las personas? Los sentimientos son algo muy subjetivo, ¿qué es diferente para todos? Todos son responsables de eso. Experimentar sentimientos es subjetivo y diferente para todos. Pero los sentimientos también expresan relaciones con otras personas. Los sentimientos me muestran en qué situación estoy. Desafortunadamente, no me muestran por qué estoy en esta situación. Mis sentimientos juegan un papel

importante, especialmente en las formas de organización del trabajo en las empresas, como son comunes hoy en día. Surgen no solo en forma de cooperación con colegas, con clientes o con superiores. También forman parte del gobierno corporativo (46).

En el llamado "control indirecto", la institución de salud influye cambiando las condiciones marco de la cooperación entre colegas de la institución de salud. Sin embargo, estos cambios no son deliberadamente hablados y transmitidos; Cambiar el comportamiento de gestión obliga a comportarse de manera diferente. Las medidas de gestión apuntan a garantizar que las enfermeras reaccionen de manera productiva. Las enfermeras, se presionan mutuamente. Esto crea una atmósfera cargada de emociones, que debería "animarme" a trabajar más, más fuerte y más intensamente. Estos conceptos de gobierno corporativo no solo se diseñan. Ellos trabajan y trabajan; son utilizados y logran su propósito (47).

Las enfermeras se presionan mutuamente, las emociones de las enfermeras se convierten en la materia prima de la gestión indirecta de la fuerza laboral de la institución de salud. Esto les da a las emociones una posición completamente diferente en el trabajo y en la institución de salud. El significado cambiado de los sentimientos y emociones en el trabajo y en la institución de salud. Es agradable estar trabajando con el cuerpo y el ímpetu, pero es una carga emocional. El manejo emocional es una de las más importantes formas de control de las instituciones de salud (48).

El agotamiento emocional suele ser el foco del agotamiento. El agotamiento físico y mental ocurre principalmente como resultado del agotamiento emocional. A menudo son una expresión del hecho de que no me tomo en serio mi agotamiento emocional en la medida en que sea necesario. Solo percibo las formas físicas y mentales de agotamiento como "objetivas", como "reales". El agotamiento emocional, por otro lado, me parece un asunto subjetivo, tal vez incluso debilidad, que tal vez no valga la pena un trabajo serio. El agotamiento emocional parece ser algo para "débiles" y "duchas calientes". De hecho, es el síntoma principal de una grave amenaza de agotamiento. Así que tengo que ser consciente de cómo me siento emocionalmente en el trabajo, y lo que eso significa. Incluso si estoy bien, esta atención es importante porque tengo que saber en qué se basa (49).

El trabajo emocional es el doble esfuerzo realizado por las enfermeras para controlar, en el sentido deseado por la institución de salud que los emplea, sus propias emociones y posiblemente las emociones de las personas con quienes están en contacto (pacientes, otro personal de salud, subordinados, etc.) (50).

El rendimiento emocional, por lo tanto, contribuye al valor de la fuerza laboral. Pero esta actuación será tanto más efectiva como sincera. No es suficiente vivir superficialmente o de manera fingida los sentimientos expresados (alegría de intercambiar con el paciente, placer escucharlo ...), pero es necesario vivirlos en profundidad: para tocar bien una emoción, lo mejor es aún vivirlo en el fondo, en lugar de imitarlo. Esta alienación de los sentimientos en el trabajo (La enfermera

desposeída de sus sentimientos) conduce a que la enfermera pierda su razón al volverse extraña para ella (51).

El trabajo emocional parece ser poco reconocido a pesar de su importancia para la calidad de la atención, así como para la salud mental de los cuidadores. Sobre todo, se ve como una cuestión de competencia individual (la famosa "competencia emocional") cuando depende en gran medida de todo un trabajo colectivo e informal; por lo tanto, difícil de reconocer, de valorar en la defensa en el caso de las reformas hospitalarias actuales. Las emociones, una dimensión central de la atención de enfermería es poco reconocido porque parece ser una parte natural de la atención, incluso de una "aptitud natural" (52).

La enfermera, debe trabajar constantemente en sus propias emociones para actuar sobre las del paciente: no expresar disgusto; mantener la calma y consolar a un paciente agresivo o agitado; reír con un paciente. El bienestar emocional se considera una de las claves para la curación, especialmente para los trastornos mentales. Si, durante una interacción, ya no es posible retener las emociones dentro del marco prescrito por el rol profesional, es aconsejable retirarse temporalmente de la relación, el tiempo para "encontrar su conciencia". Todas estas técnicas consideran que el manejo emocional es una cuestión de competencia personal, cuya responsabilidad recae en la propia enfermera, sin embargo, el trabajo emocional es principalmente un propósito de la institución de salud y del contexto (53).

La teoría del agotamiento explica que, si un cuidador se involucra demasiado emocionalmente con los enfermos, corre el riesgo de agotar sus reservas de energía

y empatía. Para protegerse del agotamiento total, poco a poco se desvanecerá de la relación hasta que deshumanice al paciente, es decir, lo considere como una cosa más que como una persona. Al hacerlo, pierde lo que hace que su trabajo sea rico e interesante, el orgullo de hacer un trabajo de calidad. El cuidador debe encontrar la distancia correcta entre demasiado y muy poco en la relación, invertir lo solo suficiente como para ser el cuidador que no se agota, pero puede continuar siendo orgulloso de su trabajo. El adecuado nivel de compromiso depende del contexto, la institución de salud y los medios disponibles, pero también de los estándares colectivos validados por el grupo de trabajo, el grado de empatía, la implicación personal con el paciente (54).

El trabajo de cuidado es un trabajo relacional con los seres humanos, por lo tanto, incierto y singular. A pesar de todos los esfuerzos realizados, algunos pacientes pueden permanecer reacios al trabajo emocional: "El manejo de ciertos pacientes es muy difícil; cuando se tiene que manejar su agresividad verbal y, a veces, física (raramente) sin sentirte abrumado por tus propias emociones. Existen situaciones en las que hagamos lo que hagamos, algunas personas nunca estarán satisfechas y que solo están buscando el error que podamos cometer". Las actitudes angustiantes de los enfermos que deben ser atendidos pueden redefinirse colectivamente para darles un significado más aceptable. Las enfermeras se esfuerzan por reconstruir y modelar, en realidad o simbólicamente, a los pacientes para que se correspondan lo mejor posible con el desempeño ideal de su actividad. Las instituciones de salud no reconocen la importancia del trabajo emocional porque es difícil de medir (55).

2.2.2.2. AUSENCIA EXISTENCIAL

Una primera reacción inconsciente ante una situación abrumadora es la retirada. Son las relaciones personales con colegas y con los pacientes que parecen estar molestando. Por lo tanto, parece posible aliviarse en el trabajo retirándose internamente del contacto con otras personas. Esta reacción es obvia. Pero su precio es alto. Porque no es posible para la enfermera limitar el retiro personal del contacto con otras personas a un área única. La retirada se está extendiendo cada vez más a todas las relaciones si reacciona de esta manera. Se vuelve cada vez más incapaz de percibir a otras personas en su individualidad. Esta incapacidad afecta toda la vida con el tiempo. Al principio parece protegerse con este retiro, luego el retiro se convierte en una fuente de sufrimiento (56).

Ejemplos de estos comportamientos son los intentos en los consultorios de atención para mantener el sufrimiento y la miseria de los pacientes lejos de ellas, rechazar toda compasión humana y tratar a los usuarios de forma inexpresiva. A menudo empieza a pensar desdeñosamente en ellos de antemano. Se pueden ver estas reacciones cuando se hablan de personas como casos. El problema no es que quieran protegerse de esta manera, sino que no pueden protegerse de esta manera. Porque cuanto más deshumanizadamente piensen en los pacientes, más devaluará su propio trabajo y, por lo tanto, a sí misma (57).

El resultado de tales actitudes es cinismo hacia aquellos con quienes tiene contacto en el trabajo. Este cinismo proporciona "razones" por las cuales es correcto retirarse en cualquier momento y en cualquier situación. Al hacerlo, se dispensan

de la idea de tratar a las personas de una manera que no quería que le trataran a sí misma. Los pacientes experimentan y entienden la actitud altiva pero condescendiente y reaccionan con desagrado (58).

La experiencia de despersonalización, se caracteriza por impresiones de cambios, extrañeza o deformación del cuerpo o pensamiento. Estos sentimientos constituyen una amplia gama de impresiones de irrealidad. Es un estado en el que la enfermera dice que está modificada de tal manera que su propia persona y el mundo exterior ya no le parecen familiares. Siente un sentimiento de extrañeza, de irrealidad. Se siente observando a su propia persona como si cualquier coincidencia consigo mismo se volviera problemática. Los momentos de despersonalización van acompañados de perplejidad ansiosa frente a lo que siente, así como una dificultad para encontrar sus palabras para expresarlo (59).

Cuando una enfermera se percibe a sí misma como un objeto, puede ser una cuestión de autoanálisis y no necesariamente de despersonalización. Sin embargo, la característica de la autoconciencia se establece en relación con un yo que no es un objeto sino precisamente un sujeto, especificando el sujeto del deseo. La enfermera despersonalizada busca en el espejo encontrar una imagen de ella que le sea familiar y que no sea extrañamente inquietante. Por lo tanto, las caras despersonalizadas son demasiado contundentes, porque sin la pantalla protectora de la imaginación y la fantasía en particular, este corte que nos origina. La enfermera siente la brecha entre ella y la conciencia de su existencia, limitándose a un sentimiento extremo de incompletitud (60).

La despersonalización y la desrealización hacen que quienes los experimentan se sientan distantes y desconectados de la realidad, son trastornos disociativos, que consisten en interrupciones o rupturas de los procesos de memoria, conciencia, identidad y / o percepción. Los trastornos de despersonalización implican una distorsión de las percepciones corporales y sentimentales, así como del pensamiento. Las enfermeras propensas a estos trastornos sentirán que están lejos de sí mismas, como fuera de su propio cuerpo. Incluso a veces pueden percibirse a sí mismas desde fuera de sus cuerpos como si fuera un autómatas o un robot, como si estuvieran en un sueño o en una película (61).

Los trastornos de desrealización cambian la percepción del mundo que rodea a las enfermeras que los experimentan. Como si el mundo exterior fuera irreal y extraño, como si estuvieran en un sueño. Pueden percibir, por ejemplo, alteraciones de los objetos que los rodean, ya sea en sus formas o en sus tamaños. Las enfermeras que conocen también pueden parecer extrañas o desconocidas para ellos. La percepción alterada del tiempo también se puede sentir. En ambos casos, despersonalización y desrealización, las pruebas de la realidad permanecen intactas. Es decir que las enfermeras son conscientes de que no es un sueño y que todo esto es solo una ilusión. Estos síntomas no se consideran graves o peligrosos, aunque obviamente puede ser una experiencia muy desagradable. Estas enfermeras a menudo tienen miedo de volverse locas. Esto suele durar unas pocas horas, pero hay algunos casos aislados que sufren estos trastornos de forma crónica (que se repite a largo plazo, no es que permanezcan "atrapados" en sus ilusiones), lo que obviamente afecta enormemente sus condiciones de vida (62).

Las experiencias disociativas como la despersonalización o la desrealización pueden ser muy angustiantes. Si se experimentan estos trastornos en un momento específico de ansiedad o estrés, no necesariamente importan. Debe darse importancia cuando estos ocurren más regularmente o por períodos más largos, o si son síntomas de trastornos más graves, como ansiedad generalizada, depresión, fobias, en tales casos, si son síntomas disociativos, desaparecerán por sí solos una vez que se haya tratado la causa (63).

2.2.2.3. PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL

La enfermera percibe que la capacidad de hacer el trabajo en la medida y la forma en la que la ha hecho durante mucho tiempo está disminuyendo. Los cambios que habría entendido rápidamente en el pasado a veces son molestos, a veces difíciles, a veces caen en el olvido. El rendimiento cae. Percibe esto o "de alguna manera" siente que no es capaz de trabajar las cosas de la calidad en la que está acostumbrada a hacerlo (3).

Esta caída en el rendimiento se muestra en la creatividad y en la proactividad que siempre ha mostrado (La mayoría de las veces es una profesional en las que se puede confiar, y quiere seguir haciéndolo de esa forma porque ya están acostumbrados). A menudo ha dado impulsos innovadores, ha sido creativa y activa en su trabajo. Ahora se da cuenta que le falta la fuerza para hacerlo. Ya no puede reponerse, y a menudo no ve que tenga sentido todo eso). La sensación de no poder hacer algo que los demás, y la misma enfermera exige de misma, no solo conduce a la insatisfacción, sino que también aumenta la retirada. La enfermera ya no puede

desplegar su propia fuerza, incluso si quiere; existe parálisis de su propia energía, llega hasta la incapacidad total para trabajar (64).

El significado se refiere a nociones existenciales, razones y motivaciones para vivir o trabajar. El significado en el trabajo debe entenderse como el valor de nuestros objetivos y las metas que los individuos se proponen. Este sentido del trabajo, por lo tanto, se refiere a los objetivos y valores valorados por las enfermeras, y la realidad con la que se enfrentan estos objetivos puede frustrar su logro. En la búsqueda de significado en el trabajo, existe una implicación de los valores, la ética y la moral de los individuos. Más específicamente, el significado se refiere a los valores de enfermería como propósito del trabajo de acuerdo con los estándares propuestos por la sociedad. La búsqueda de significado es, por lo tanto, un esfuerzo constante para encontrar y cumplir el propósito y el significado de la vida y el trabajo de uno (65).

El trabajo significativo es el trabajo que satisface las necesidades subjetivas, como la autoestima, las relaciones sanas y afectuosas con los demás, y las necesidades objetivas, como la seguridad y la protección. dignidad. El significado en el trabajo tiene una función subjetiva en el bienestar y el desarrollo de los individuos (66).

Las situaciones de gestión incluso obstruyen la búsqueda de significado y uno de los principales obstáculos es la alienación. Al volverse ajenos a uno mismo y a los valores, los humanistas de gestión a menudo se han hecho eco de esto al denunciarlo. Al adoptar prácticas incoherentes, por ejemplo, despedidas cuando la institución de salud obtiene ganancias, las enfermeras pierden todo sentido y todo

sentido en el trabajo. Como resultado, se vuelven cada vez más alienados, pierden su identidad, porque ya no encuentran consistencia en su experiencia laboral. El significado en el trabajo es un proceso subjetivo que tiene un impacto en la salud y el bienestar psicológico y que da coherencia a la experiencia laboral (67).

La disonancia cognitiva representa un estado de tensión en el que una enfermera se enfrenta a una situación o entorno opuesto a sus creencias o hábitos de hacer o razonar, la disonancia surge cuando un individuo se enfrenta a dos cogniciones incompatibles. La disonancia es, por lo tanto, el resultado de la tensión psicológica o la falta de armonía interna que llevará a la enfermera que la vive a tomar medidas para reducir esta presión. Para lograr esto, se debe eliminar una de las fuentes de disonancia. La disonancia ética, por otro lado, se relaciona con la teoría de la coherencia entre nuestra ética o nuestros valores morales frente al trabajo. Nos permite responder a la siguiente pregunta: cómo las enfermeras intentan tener coherencia basada en su ética de enfermería, la ética de la institución de salud y sus acciones para encontrar significado en su trabajo y posiblemente beneficiarse (68).

Si existe una inconsistencia entre la ética de enfermería y la impuesta por la institución de salud, existe un alto grado de disonancia ética. Algunos investigadores han señalado la presencia de este fenómeno de disonancia en el caso de un dilema ético. La fuente de disonancia puede provenir de las inconsistencias actuales, donde el discurso sobre el esfuerzo, el compromiso, el sacrificio y la productividad esperados de las enfermeras se transforma en la mayoría de los casos por políticas de reestructuración y reubicación de los centros de producción. El

discurso de gestión, un llamado al sacrificio y la eficiencia, siempre resulta en despidos, lo que requiere la participación emocional de los individuos. Esta tensión del ambiente de trabajo crea esta disonancia. Es una disonancia ética porque pone en tensión dos éticas o valores incompatibles entre sí, pero que no son necesariamente mutuamente excluyentes. Esta disonancia ética trae como consecuencia la pérdida del significado del trabajo (69).

Las formas actuales de organización y el moderno aparato de producción generan una participación tanto física como emocional por parte de las enfermeras. Ciertas demandas laborales requieren indirectamente que el hombre se fusione con el papel que se espera de él; las enfermeras que trabajan y se fusionan con los roles del trabajo se pierden y pierden parte de su personalidad. Comienzan a convertirse en individuos que realizan las tareas que se les exige, lo que hacen mecánicamente, pero en las que no se reconocen a sí mismos. La alienación es un fenómeno que podemos definir de la siguiente manera: "se debe separar de la realidad". Hay dos formas de enajenarse: alienación mental y alienación social (70).

La alienación social es "el hecho de aquellos cuya realidad es incomprendible o inaceptable para los demás". La forma de alienación llamada alienación social se materializa entre el corte en uno mismo (ego) y otros por un lado y la realidad por el otro. Los datos de la realidad vistos en las encuestas (globalización, tecnología, complejidad, reestructuración) están separados de la vida de las enfermeras y del significado que le dan a su trabajo. Este tipo de alienación puede causar series en

las que el sistema (fruto de la realidad) ya no está en fase y ya no satisface las necesidades psicológicas y sociales de las enfermeras (43).

La alienación social a través de la pérdida de sí mismos y del espíritu de su profesión a favor de los requisitos de la organización. Al igual que con el estrés en el trabajo, descubrimos una forma de alienación social donde los ejecutivos y las enfermeras a su cargo deben vivir y someterse a una lógica administrativa separada de la realidad. Esta desconexión entre el trabajo que debe hacerse y el trabajo que debe hacerse crea una disonancia cognitiva entre los gerentes. Proyectado en la esfera ética, este proceso de alienación social alimenta la tensión entre la ética vivida impuesta por la institución de salud y la ética profesional esperada por los individuos, como la solidaridad entre los miembros. Esta alienación social alimenta esta pérdida de armonía de las enfermeras y amplifica su disonancia con respecto a su entorno profesional (3).

Al optar por rechazar la libertad, uno elige la alienación y el determinismo. Tan pronto como nos enfrentamos con información que nos devuelve a nuestra alienación, nos refugiamos de mala fe. Aquí vemos la fuente de disonancia y la consecuencia de la alienación. Surge la ética basada en la dualidad de dos posiciones: la primera consiste en participar en el mundo que nos rodea y valorar su libertad y autenticidad; el segundo consiste en negarse a asumir el peso de su libertad al refugiarse en la alienación y la mala fe. La alienación, de acuerdo con estas consideraciones, es rechazar lo que uno es y ser auténtico consigo mismo. El

gerente puede refugiarse de mala fe y alienación, es decir, adoptar roles que no le convienen, pero que son socialmente aceptados (66).

La mala fe bien puede ser un mecanismo de defensa; el gerente tiene más miedo de haber recibido una mala nota en su archivo que la injusticia de despedir a una enfermera que no lo merecía. Por otro lado, los ejecutivos tuvieron que mostrar mala fe para no decir la verdad. Al convertirse en el servidor de las políticas de liderazgo, la mala fe se expresó en mentiras. Al liderar a pesar de su opinión, adoptan un comportamiento que les parece extraño y, por lo tanto, se convierten en seres socialmente alienados en beneficio de los puntos de vista de la institución de salud. Esta alienación solo se puede experimentar a través de estrategias de falsedad u omisión que esconden mal una mala fe que admiten de boca en boca. Hemos movilizad o la investigación relacionada con el significado en el trabajo para vincular y explicar la paradoja: la coherencia subjetiva es el garante del significado en el trabajo. Si la enfermera vive esta coherencia, resulta en bienestar. De lo contrario, la inconsistencia entre los valores y la ética de este individuo y su entorno profesional genera un sinsentido denominado disonancia ética. La enfermera no asume su libertad y se refugia en una forma de alienación o de mala fe y justifica su decisión o sus elecciones: "No tenía otra opción y es mi trabajo hacerlo" (54).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

INCERTIDUMBRE MORAL, es una paradoja ética es un problema de toma de decisiones entre dos imperativos ético-morales posibles, ninguno de los cuales es inequívocamente aceptable o preferible. La complejidad surge del conflicto situacional en el que obrar de acuerdo a uno podría resultar en transgredir al otro.

NEGLIGENCIA PROFESIONAL, es una violación del deber de cuidado entre los profesionales y sus clientes. El deber de cuidado es un acuerdo de derecho consuetudinario en el que el cliente espera un nivel de profesionalismo y estándares comúnmente sostenidos por los profesionales. El paciente espera que el profesional de salud se adhiera a los estándares que evitarían daños indebidos y angustia a los pacientes bajo su cuidado.

IMPRUDENCIA PROFESIONAL, es cuando el profesional sabía o debería haber reconocido que su conducta probablemente causaría daños, es un mayor nivel de responsabilidad que la negligencia, que es no ejercer un cuidado razonable que resulta en la lesión del paciente. El profesional actúa a sabiendas que corre el riesgo de que sus acciones causen daño al paciente.

DESMORALIZACIÓN PROFESIONAL, es un sentimiento de desánimo, desesperanza y una sensación de "incompetencia" personal que puede estar vinculada a la pérdida o amenaza de los propios objetivos o valores. Tiene una dimensión existencial cuando las creencias y valores sobre uno mismo se desconfirman.

DESCONEXIÓN MORAL, es el proceso de convencer al yo de que los estándares éticos no se aplican a uno mismo en un contexto particular. Esto se hace separando las reacciones morales de la conducta inhumana y deshabilitando el mecanismo de auto condena. Por lo tanto, la desconexión moral implica un proceso de reconstrucción cognitiva o reformulación del comportamiento destructivo como moralmente aceptable sin cambiar el comportamiento o los estándares morales.

INCOMPETENCIA SUBJETIVA, es un estado en el que la persona cree que no podrá realizar determinadas acciones de la forma correcta o de la calidad en la que esperan los demás; existe desorientación, indecisión e inseguridad sobre las acciones, siempre está en un dilema, cree que la situación está fuera de su alcance, considera que alguien más podría manejar la situación de mejor manera.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás** y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás**; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud
2. La relación entre la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente**; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud
3. La relación entre la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente**; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Angustia moral en enfermeras

VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de burnout en enfermeras

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Estado civil
- Años de ejercicio de la carrera
- Estudios de diplomado/especialidad/post grado
- Número de hijos menores
- Trabajo adicional

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Angustia moral en enfermeras	Es el estado de malestar subjetivo que percibe la enfermera ante una situación en la que sabe cuál es la forma correcta de actuar, pero no puede intervenir debido a condiciones que impiden cualquier tipo de maniobra.	Riesgo por impericia de los demás	Malestar ante las situaciones en las que el paciente es afectado por la impericia técnica del personal de salud; o porque los profesionales que lo asisten anteponen sus intereses personales e institucionales en detrimento de la salud y bienestar del paciente.	Asistencia a un médico incompetente	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Técnicos de enfermería sin competencia		
				Enfermeras que no tienen competencia		
				Trabajar con médicos con mal desempeño		
				Otros profesionales sin competencia		
				Estudiantes sin competencia		
				Profesionales que solo cumplen horarios		
				Profesionales que solo cumplen normas		
				Institución que solo le importa las apariencias		
				Profesionales deshumanizados		
				Prolongar o reducir la estancia		
		Profesionales que niegan la atención				
			Administrar tratamiento sin consentimiento			

		Trasgresión de la autonomía del paciente	Malestar ante situaciones en las que no se respeta la autonomía del paciente y se afecta su libertad y su dignidad como persona.	Asistencia a un procedimiento sin consentimiento		
				No discutir con el paciente sobre su tratamiento		
				No discutir con la familia el tratamiento del paciente		
				No hablar sobre las posibles complicaciones		
				Recurrir a algún medio de presión y chantaje		
				Dar información persuasiva que distorsiona la realidad		
	Entornos de inseguridad para el paciente	Es cuando se expone forma innecesaria a situaciones riesgosas al paciente, ya sea por: la negligencia del personal, por la precariedad de las instalaciones y equipos o la escasez de recursos.	Tratamiento poco efectivo			
			Tratamiento riesgoso			
			Tratamientos solo para complacer al paciente			
			No tener los materiales			
			No tener el equipo necesario			
			Necesidad de priorizar a los pacientes			
			Necesidad de delegar la atención a la familia			
			Delegar la atención a personas inexpertas			
			Dar recomendaciones imprecisas			

VARIABLE 2: SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Síndrome de burnout en enfermeras	Es la provisión de recursos, servicios, compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos a la persona enferma por parte un familiar.	Extenuación Afectiva	Es el estado en el que la enfermera se ve imposibilitada de generar sentimientos positivos favorables al paciente y a las personas del equipo de salud; ha perdido la capacidad de empatía y es arrastrada por sus emociones negativas	Jornada fatigosa	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Desbordado por el trabajo		
				Final agotador		
				Sensación de nunca salir de trabajar		
				Sensación de ya no poder más		
				Dificultad al iniciar la jornada		
				Creencia de agotamiento		
				Cansancio en el trabajo		
		Crear que el trabajo es demasiado				
		Ausencia Existencial	Es el estado en el que la enfermera se aleja mentalmente de la situación e interactúa con las personas como si fueren objetos	Disgusto por compartir con compañeros		
				Disgusto por relacionarse con compañeros		
				Despreocupación por las personas		
				Sensación de alejamiento de los demás		
				Indolente ante las demás		
Impasible ante los pacientes						

				Impasible ante los compañeros		
		Pérdida del Significado Laboral	Es el estado en el que la enfermera percibe que el trabajo que realiza no tiene ningún propósito, ni logra resultados útiles ni para ella ni para nadie.	Frustrado con el trabajo		
				Hastiado con el trabajo		
				Insatisfacción con el trabajo		
				Disgusto con el trabajo		
				Desestima por el trabajo		
				Ser un fraude en el trabajo		
				Insignificante en el trabajo		
				Decepción por el trabajo		
				Inutilidad del trabajo		
				Fracaso en los propósitos		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación a ser realizada, estuvo enmarcada en el método científico; porque fue empírico, porque se basó en datos obtenidos por la experiencia sensible compartida y comprobable por otros. Es objetivo; porque, se fundamentó, en datos objetivos de gran exactitud que pueden ser corroborados por otros, además se garantizó que los datos no sean alterados por factores emotivos y subjetivos. Es replicable; debido a que, otras personas podrían volver a realizar el estudio y obtener los mismos resultados. Los resultados obtenidos son falseables, debido a que son válidos mientras que no existan datos o prueba empírica que los contradigan, es un conocimiento provisionalmente verdadero. Se basó en un proceso cuidadosamente planificado en lugar de observaciones fortuitas (71).

MÉTODOS GENERALES

En la investigación se empleó el método inductivo; porque se comenzó con observaciones detalladas de la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras, que avanzó hacia generalizaciones e ideas más abstractas. Al seguir un enfoque inductivo, comenzando con un tema, se tiende a desarrollar generalizaciones empíricas e identificar relaciones. El razonamiento inductivo a menudo se conoce como un enfoque "ascendente" del conocimiento, en el que utilizamos observaciones para

construir una abstracción o para describir una imagen del fenómeno que se está estudiando". A partir de hechos particulares de la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como; que, la reducción de la angustia moral evita el estrés y se anulan las condiciones para que surja el síndrome de burnout en enfermeras (72).

MÉTODO ESPECÍFICO

Se empleó el método estadístico - inferencial, porque en la investigación se estimaron parámetros a partir de los estadígrafos calculados en una muestra representativa (73).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta respondió a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.

Básica, porque la investigación sólo busco ampliar los conocimientos, sobre la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout, los resultados de este estudio no tienen aplicación práctica inmediata, ni poseen valor económico que pueda ser susceptible de transacción comercial; la investigación estuvo motivada por el deseo de dar explicación coherente y objetiva a determinado fenómeno observado en la realidad (74).

Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los

instrumentos, esta conversión posibilitó un procesamiento más estricto y objetivo de los resultados.

Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.

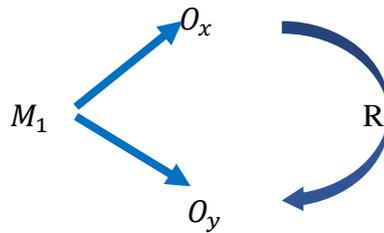
Observacional, las investigadoras registraron los datos tal como se presentaban en la realidad, no se incurrió en ninguna manipulación de las variables (75).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presumía que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables (76).

4.4. DISEÑO

La investigación propuesta corresponde a un estudio descriptivo correlacional (77) representado con el siguiente esquema:



Donde:

O_x = Conjunto de datos en referencia a la angustia moral en enfermeras

O_y = Conjunto de datos en referencia al síndrome de burnout en enfermeras

R = Relación existente entre ambas variables.

M_1 = Grupo muestral único

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 110 enfermeras que laboraban en los diferentes establecimientos de la Red de Salud y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Enfermeras que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
2. Enfermeras que estaban laborando por más de dos años en la red de salud.
3. Enfermeras que no refirieron haber tenido algún proceso administrativo.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Enfermeras que se mostraban poco colaboradoras con el estudio.
2. Enfermeras que estaban próximas a la jubilación.
3. Enfermeras que refirieron padecer alguna enfermedad física.

4.5.2. MUESTRA

Se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones. Se seleccionó la muestra (elegir a los integrantes de la muestra de toda la población) por medio del método del muestreo aleatorio simple (cualquier elemento de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos como parte de la muestra).

A continuación, se presenta la expresión matemática de la fórmula del tamaño muestral para un solo grupo por proporciones.

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de enfermeras con angustia moral recurrente y con síndrome de burnout (82 % de acuerdo a; Lins R, Junqueira G, Fátima A, Vieira J; 2017)
- q : Proporción de enfermeras con angustia moral recurrente y sin síndrome de burnout (18 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Resolviendo:

$$n = \frac{110 * 0.82 * 0.18 * (1.96)^2}{0.05^2 * (110 - 1) + 0.82 * 0.18 * (1.96)^2}$$

$$n = \frac{110 * 0.1476 * 3.84}{0.0025 * (109) + 0.1476 * 3.84}$$

$$n = \frac{62.37}{0.27 + 0.567}$$

$$n = \frac{62.37}{0.839}$$

$$n = 74.295$$

$$n = 74$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 80 enfermeras que laboraban en la Red de Salud de Concepción en el 2021.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR LA ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de angustia moral en profesionales de enfermería” elaborado en 2014, por Devos E, Lerch V, Lerch G, Tomas J, Sousa A y Domingues C (78). El instrumento consta de 28 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres subescalas que miden el riesgo por impericia de los demás con 12 reactivos (1 al 12), trasgresión de la autonomía del paciente con 7 reactivos (13 al 19) y entornos de inseguridad para el paciente con 9 reactivos (20 al 28). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = Nulo, 1 = Bajo, 2 = Moderado, 3 = Elevado y 4 = Muy elevado.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se describe del siguiente modo: de [0 a 22.4] = ninguna angustia moral, de [22.5 a 44.8] = baja angustia moral, de [44.9 a 67.2] = regular angustia moral, de [67.3 a 89.6] = alta angustia moral y de [89.7 a 112] = muy alta angustia moral.

Al no existir estudios regionales que llegaran a confirmar la validez en el ámbito local del instrumento, se efectuó una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud de Chilca, con esos datos se efectuó un análisis factorial para corroborar su validez por constructo; también se calculó el alfa de Cronbach para cotejar su confiabilidad; de forma previa se acudió a 4 expertos para confirmar la validez de contenido; los expertos fueron licenciadas en enfermería con grado de magíster con experiencia en manejo de personal.

La validez de constructo quedo confirmada, al encontrarse una medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) igual a 0.751, que indica un buen nivel de validez del cuestionario; asimismo, la confiabilidad quedo verificada, al obtenerse un Alfa de Cronbach igual a 0,834, que indica una alta confiabilidad del cuestionario (ANEXO 5).

4.6.2. PARA VALORAR EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Granada Burnout Questionnaire”, elaborado por: De La Fuente E, Lozano L, García E, SanLuis C, Vargas C, Gustavo R y Cañadas G, en el 2013 (79), que está constituido por 26 ítems, dividido en tres dimensiones: que miden “extenuación afectiva” con 9 reactivos (1 al 9), ausencia existencial con 7 reactivos (10 al 16) y pérdida del significado laboral con 10 reactivos (17 al 26). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = medianamente de acuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo.

Para dar significado global al instrumento, se suman los valores obtenidos para cada pregunta y se interpreta de acuerdo a la siguiente escala: de [0 a 20.8] = ningún síndrome de burnout, de [20.9 a 41.6] = bajo síndrome de burnout, de [41.7 a 62.4] = moderado síndrome burnout, de [62.5 a 83.2] = manifiesto síndrome de burnout y de [83.3 a 104] = severo síndrome de burnout.

Al no existir estudios regionales que llegaran a confirmar la validez en el ámbito local del instrumento, se efectuó una prueba piloto en 30 enfermeras de la red de Salud

, con esos datos se efectuó un análisis factorial para corroborar su validez por constructo; también se calculó el alfa de Cronbach para cotejar su confiabilidad; de forma previa se acudió a 4 expertos para confirmar la validez de contenido; los expertos fueron licenciadas en enfermería con grado de magíster con experiencia en manejo de personal.

La validez de constructo quedó confirmada, al encontrarse una medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) igual a 0.847, que indica un buen nivel de validez del cuestionario; asimismo, la confiabilidad quedó verificada, al obtenerse un Alfa de Cronbach igual a 0,839, que indica una alta confiabilidad del cuestionario (ANEXO 5).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL COVID 19, EN LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Se evitó cualquier posibilidad de contagio del COVID 19, empleando las siguientes medidas preventivas: se entregaron los cuestionarios a las enfermeras participantes de la investigación, dejándolos dentro de un sobre lacrado y recogéndolos del mismo modo tras su relleno. Se utilizaron en todo momento los implementos de protección personal y los medios de desinfección de objetos y superficies recomendados por el MINSA. La orientación sobre la forma de relleno de los cuestionarios y el esclarecimiento de dudas se efectuaron de manera virtual en horarios previamente concertados.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Los datos recolectados, fueron revisados y registrados en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, que luego fueron exportado al programa estadístico SPSS v.25 para Windows con el que se realizaron los análisis pertinentes.

Para determinar el grado de angustia moral en las enfermeras, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones.

Para establecer el nivel de síndrome de burnout en enfermeras, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones, se hallaron estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias.

4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermería, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron confirmadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad de los datos. También se empleó la prueba t para coeficiente de correlación. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se comprobó la normalidad de los datos.
- Se eligió el tipo de prueba utilizar.
- Se estableció el nivel de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla.
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En todo el desarrollo de la investigación se procedió en conformidad a los siguientes principios bioéticos.

Autonomía, las enfermeras participaron de la investigación por decisión y voluntad propia; fueron invitadas a participar sin que exista ninguna forma de cohesión; de forma previa fueron informadas sobre las características de la investigación; todas firmaron el consentimiento informado.

Beneficencia, el propósito proyectado, del estudio fue: evitar, reducir o aliviar el síndrome de burnout apoyándonos en la reducción de la angustia moral; además el estudio es metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son verdaderas y la aplicación de las recomendaciones será beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no implicó ninguna acción que pueda perjudicar y/o empeorar la situación de las enfermeras de la Red de Salud. Asimismo, en la investigación no existió la posibilidad de que las participantes puedan verse perjudicadas o incomodas; no acaeció ningún riesgo de daño físico, de angustia psicológica, de recelo moral, de desventaja social, de daño financiero o invasión de la privacidad y el anonimato.

Justicia, se trató a todas las enfermeras involucradas en el estudio por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, se jerarquizó adecuadamente las acciones efectuadas y se hizo un uso racional de los recursos.

También, se tomaron en consideración los aspectos éticos para la investigación científica establecidos por la universidad:

Art. 27°, PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA

Todas las actividades realizadas en la investigación, estuvieron regidas de forma estricta en los principios de: autonomía, beneficencia y no maleficencia, responsabilidad y veracidad de todas las fuentes empleadas en el estudio.

Art. 28°. NORMAS DE COMPORTAMIENTO ÉTICO DE QUIENES INVESTIGAN

La investigación se rigió en normas de comportamiento ético como: concordar con las líneas de investigación de la universidad; proceder con rigor científico asegurando la validez, la fiabilidad y credibilidad; también, garantizamos la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en la investigación y cumplimos con las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulan la investigación; además, los datos son genuinos e insesgados y se han respetado todo los derechos de autor.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

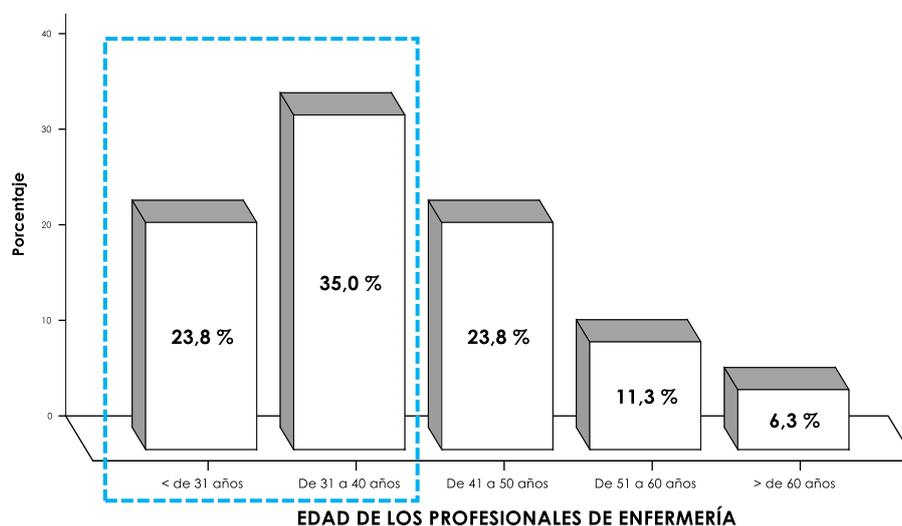
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
< de 31 años	19	23,8
De 31 a 40 años	28	35,0
De 41 a 50 años	19	23,8
De 51 a 60 años	9	11,3
> de 60 años	5	6,3
Total	80	100,0

*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

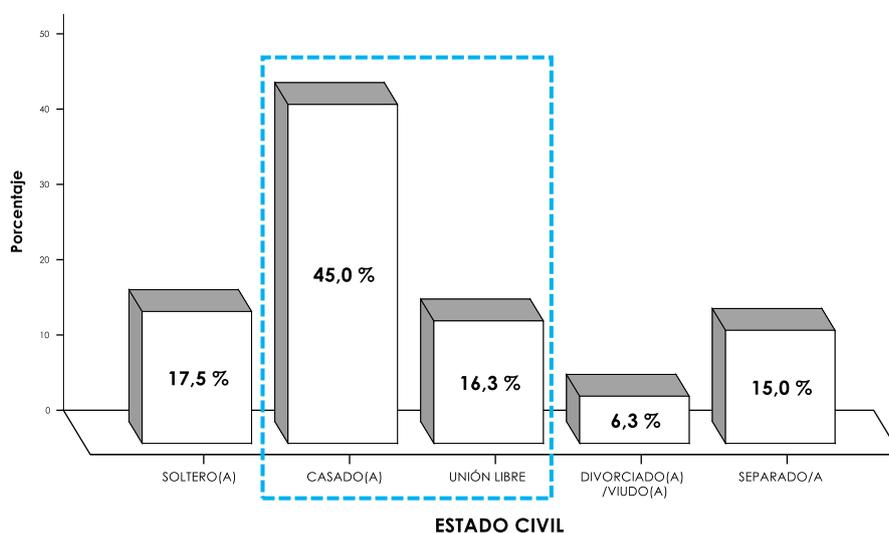
En la Tabla 1, Figura 1, se constata que; de 80(100 %), 47(58.8 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen una edad igual o menor a 40 años.

TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	14	17,5
Casado(a)	36	45,0
Unión libre	13	16,3
Divorciado(a)/viudo(a)	5	6,3
Separado/a	12	15,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

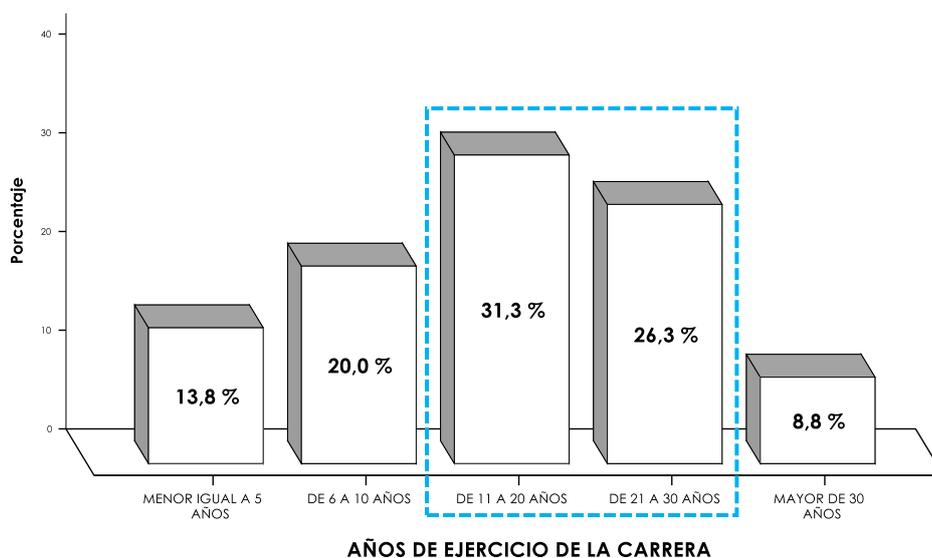
En la Tabla 2, Figura 2, se constata que; de 80(100 %), 49(61.3 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, están casados(as) o tienen una unión libre.

TABLA 3: AÑOS DE EJERCICIO DE LA CARRERA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Menor igual a 5 años	11	13,8
De 6 a 10 años	16	20,0
De 11 a 20 años	25	31,3
De 21 a 30 años	21	26,3
Mayor de 30 años	7	8,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: AÑOS DE EJERCICIO DE LA CARRERA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

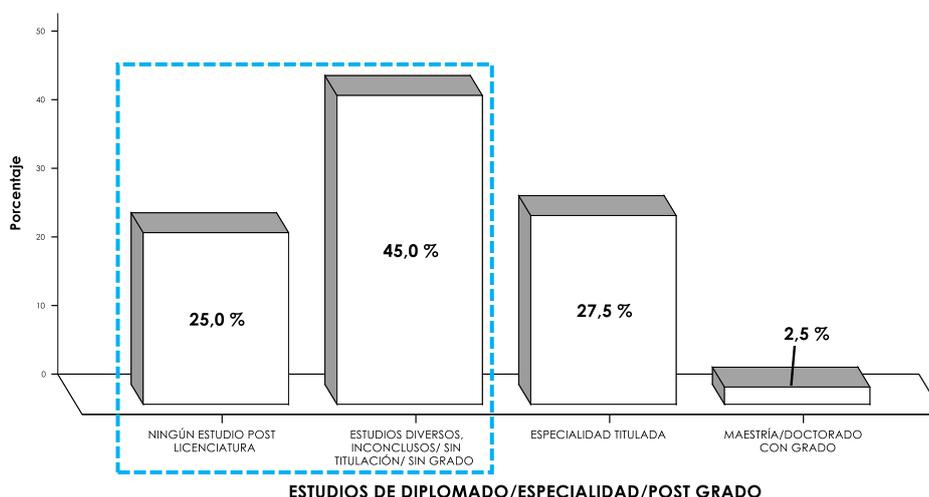
En la Tabla 3, Figura 3, se constata que; de 80(100 %), 46(57.6 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen de 11 a 30 años de ejercicio profesional de la enfermería.

TABLA 4: ESTUDIOS DE DIPLOMADO/ESPECIALIDAD/POST GRADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún estudio post licenciatura	20	25,0
Estudios diversos, inconclusos/ sin titulación/ sin grado	36	45,0
Especialidad titulada	22	27,5
Maestría/doctorado con grado	2	2,5
Total	80	100,0

*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 4: ESTUDIOS DE DIPLOMADO/ESPECIALIDAD/POST GRADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

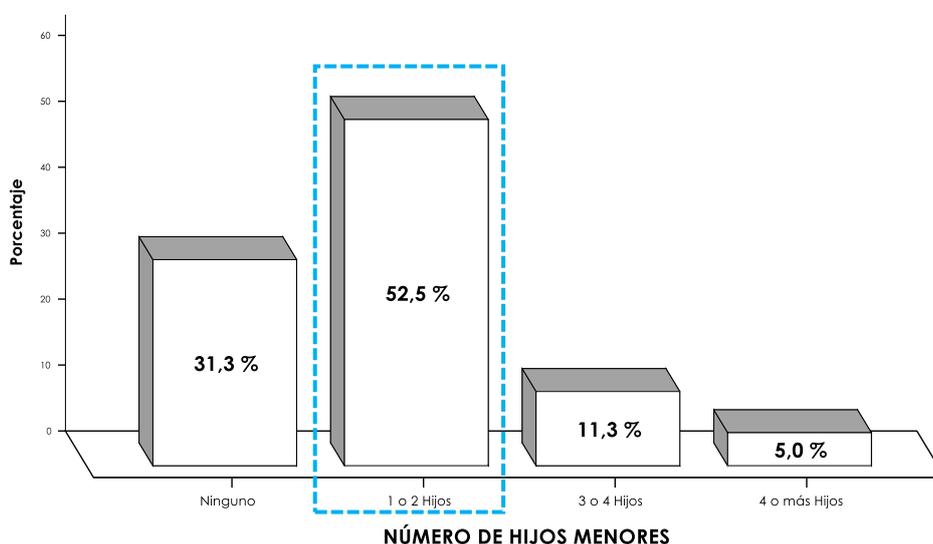
En la Tabla 4, Figura 4, se constata que; de 80(100 %), 56(70 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, no tienen ningún estudio post licenciatura, o han realizado estudios diversos de manera inconclusa, o no han obtenido el título o grado respectivo.

TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	25	31,3
1 o 2 Hijos	42	52,5
3 o 4 Hijos	9	11,3
4 o más Hijos	4	5,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: NÚMERO DE HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

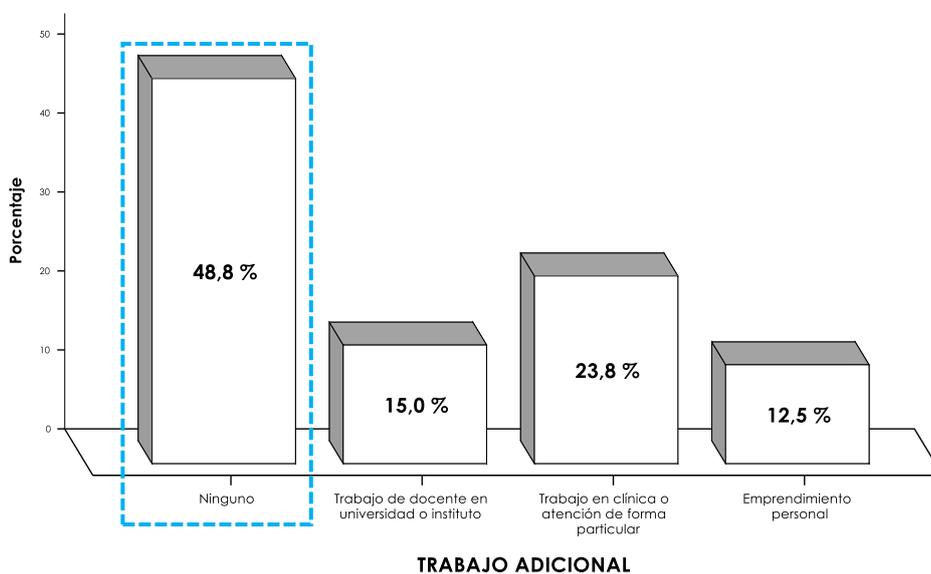
En la Tabla 5, Figura 5, se constata que; de 80(100 %), 42(52.5 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen 1 o 2 hijos menores bajo su cuidado.

TABLA 6: TRABAJO ADICIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	39	48,8
Trabajo de docente en universidad o instituto	12	15,0
Trabajo en clínica o atención de forma particular	19	23,8
Emprendimiento personal	10	12,5
Total	80	100,0

*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 6: TRABAJO ADICIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



*Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 6, Figura 6, se constata que; de 80(100 %), 39(48.8 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, no tienen un trabajo adicional además del que realizan en la institución.

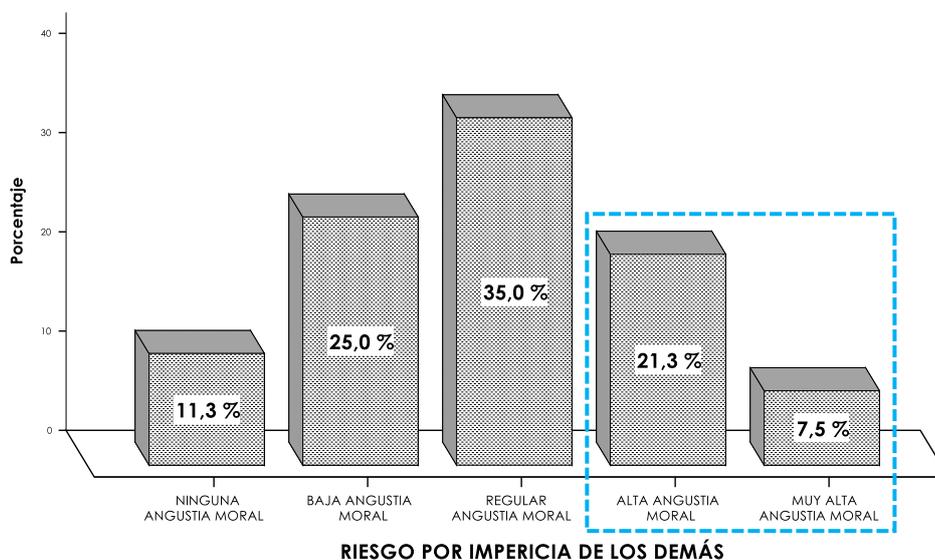
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 7: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna angustia moral	9	11,3
Baja angustia moral	20	25,0
Regular angustia moral	28	35,0
Alta angustia moral	17	21,3
Muy alta angustia moral	6	7,5
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

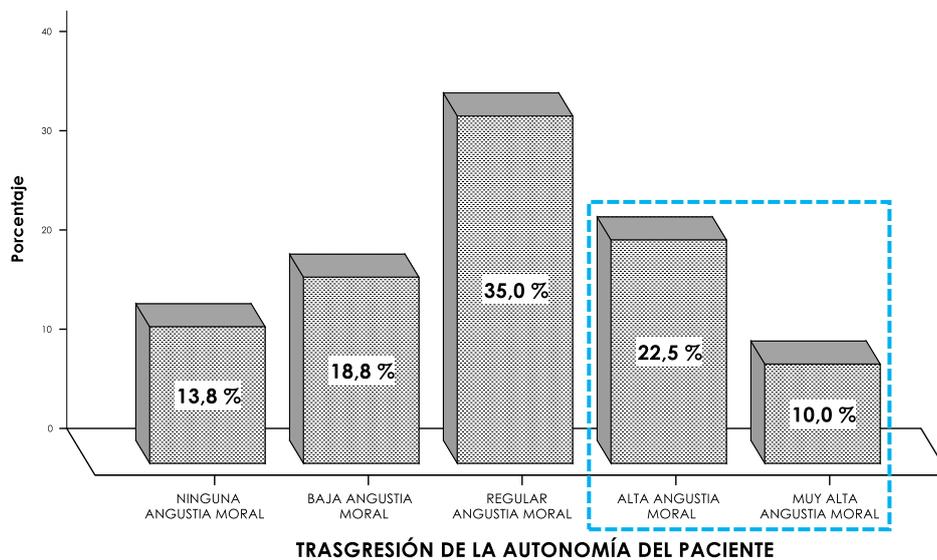
En la Tabla 7, Figura 7, se constata que; de 80(100 %), 23(28.8 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alta o muy alta angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás**.

TABLA 8: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna angustia moral	11	13,8
Baja angustia moral	15	18,8
Regular angustia moral	28	35,0
Alta angustia moral	18	22,5
Muy alta angustia moral	8	10,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

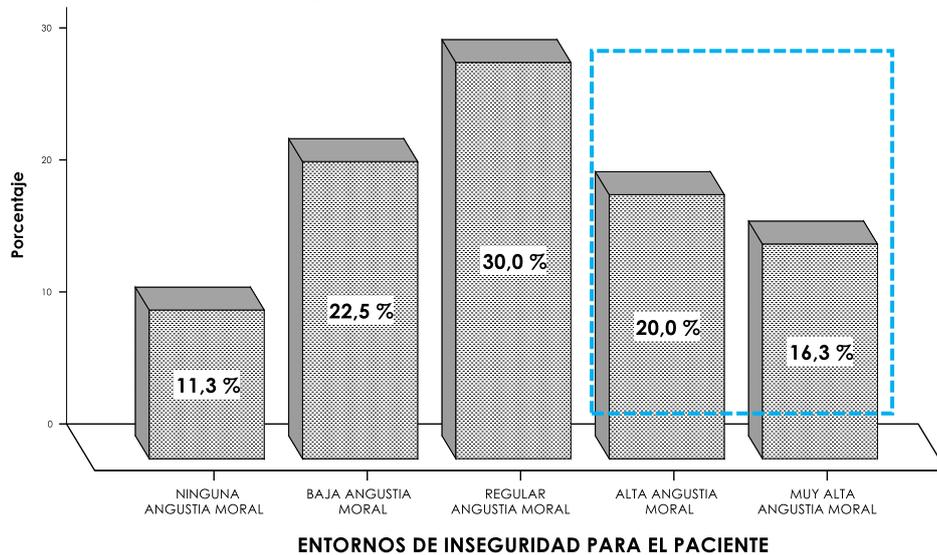
En la Tabla 8, Figura 8, se constata que; de 80(100 %), 26(32.6 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alta o muy alta angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente**.

TABLA 9: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna angustia moral	9	11,3
Baja angustia moral	18	22,5
Regular angustia moral	24	30,0
Alta angustia moral	16	20,0
Muy alta angustia moral	13	16,3
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

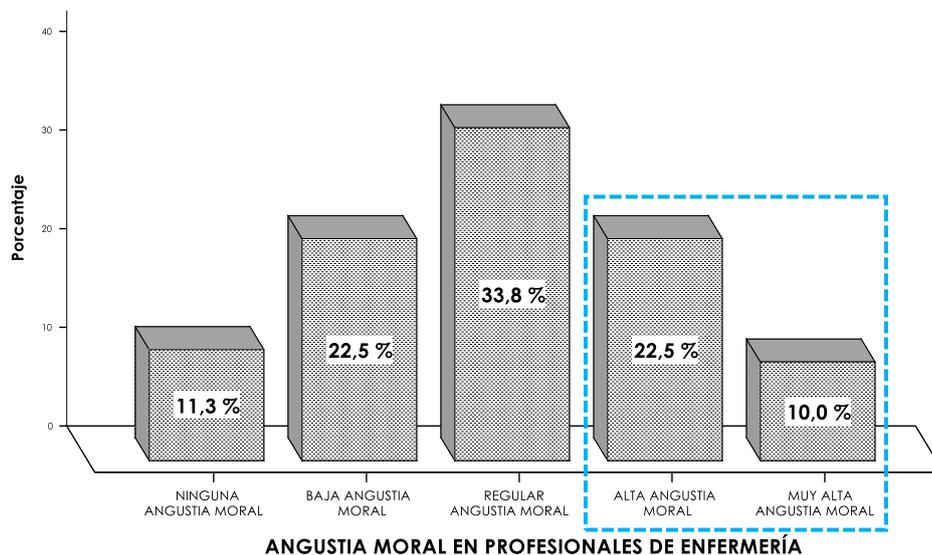
En la Tabla 9, Figura 9, se constata que; de 80(100 %), 29(36.3 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alta o muy alta angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente**.

TABLA 10: CONSOLIDADO DE ANGUSTIA MORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna angustia moral	9	11,3
Baja angustia moral	18	22,5
Regular angustia moral	27	33,8
Alta angustia moral	18	22,5
Muy alta angustia moral	8	10,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: CONSOLIDADO DE ANGUSTIA MORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 10, Figura 10, se constata que; de 80(100 %), 26(32.5 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alta o muy alta angustia moral.

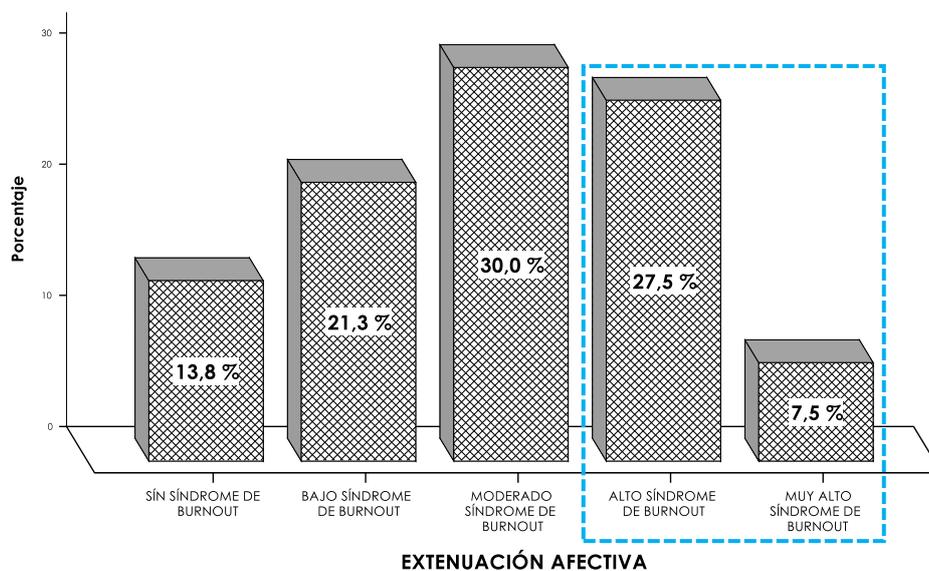
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA EXTENUACIÓN AFECTIVA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	11	13,8
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	17	21,3
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	24	30,0
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	22	27,5
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	6	7,5
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA EXTENUACIÓN AFECTIVA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

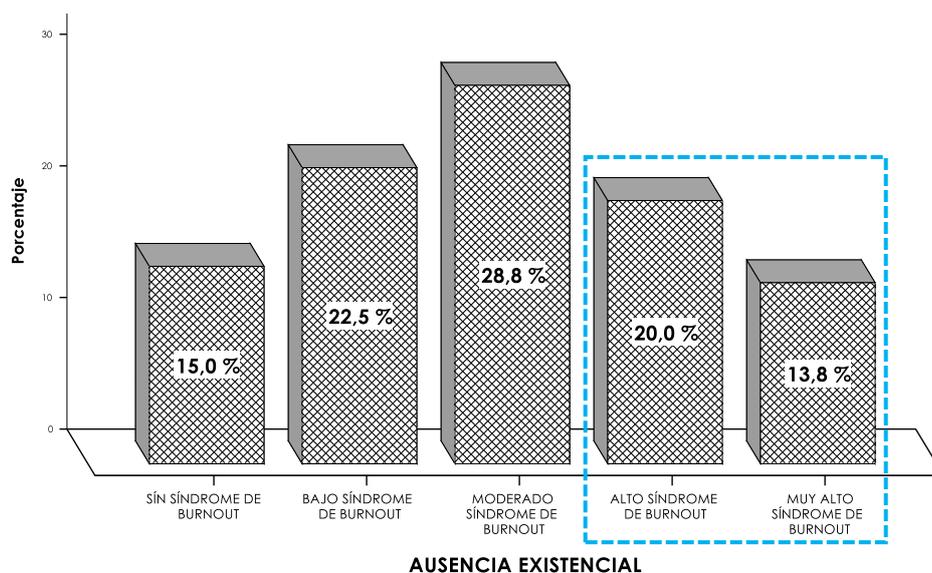
En la Tabla 11, Figura 11, se constata que; de 80(100 %), 28(35.0 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alto o muy alto síndrome de burnout en referencia a la **extenuación afectiva**.

TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA AUSENCIA EXISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	12	15,0
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	18	22,5
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	23	28,7
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	16	20,0
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA AUSENCIA EXISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

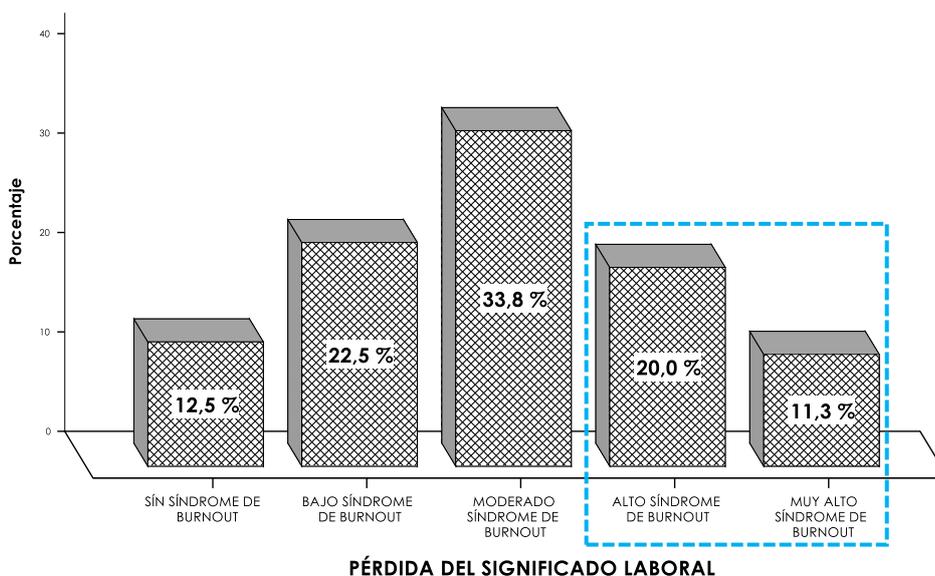
En la Tabla 12, Figura 12, se constata que; de 80(100 %), 27(33.8 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alto o muy alto síndrome de burnout en referencia a la **ausencia existencial**.

TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	10	12,5
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	18	22,5
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	27	33,8
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	16	20,0
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	9	11,3
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

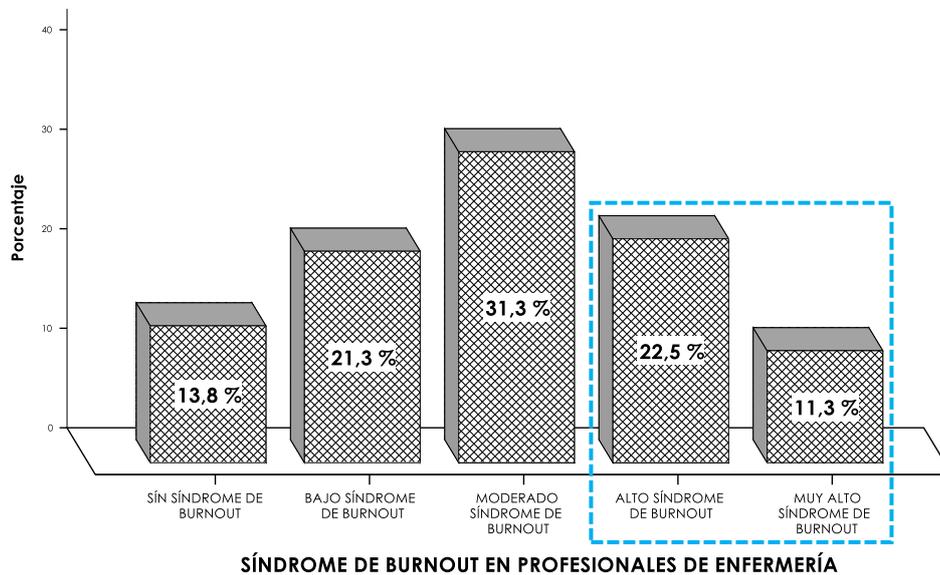
En la Tabla 13, Figura 13, se constata que; de 80(100 %), 25(31.3 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alto o muy alto síndrome de burnout en referencia a la **pérdida del significado laboral**.

TABLA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	11	13,8
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	17	21,3
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	25	31,3
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	18	22,5
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	9	11,3
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD



Fuente: Encuesta administrada a los profesionales de enfermería de la Red de Salud "Concepción" - 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 14, Figura 14, se constata que; de 80(100 %), 27(33.8 %) de los profesionales de enfermería que laboran en la Red de Salud, tienen alto o muy alto síndrome de burnout.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Una de las condiciones indispensables, para utilizar los métodos estadísticos paramétricos es que los datos que corresponden a cada una de las variables posean normalidad. La normalidad es atribuible, a las circunstancias; en las que, en un conjunto de datos, los casos que posee valores extremos (los más altos y más bajos) son escasos, y se hacen más escasos conforme más se aproximan a los valores límites; pero a la vez, los casos con valores medios son abundantes, y se hacen más abundantes cuanto más se aproximen a la media. Lo pertinente es emplear los métodos estadísticos paramétricos; porque poseen cualidades estadísticas superiores a los métodos no paramétricos. Los atributos destacables de las pruebas paramétricas son: robustez, potencia, sensibilidad y especificidad (80).

En esta investigación; para comprobar la normalidad, se ha recurrido a la prueba de Kolmogorov-Smirnov; dado que una de las condiciones de esta prueba, indica poseer 50 o más casos, y se cumple con este requisito. El test de Kolmogorov-Smirnov (K-S) reside en hacer una comparación entre la función de distribución acumulada observada y la distribución normal teórica; cuando la diferencia resulta pequeña, se concluye que existe normalidad. La prueba de K-S, se realiza teniendo parámetros (media y desviación estándar poblacional); como no se dispone de esta información; es necesario recurrir a la corrección de Lilliefors para efectuar la prueba con estadígrafos (media y desviación estándar muestral) (81).

Para la prueba de K-S se establecen las siguientes hipótesis estadísticas: “ $H_0 =$ La distribución acumulada observada es igual a la distribución normal teórica” y “ $H_1 =$ La distribución acumulada observada es diferente a la distribución normal teórica”. Es necesario evaluar el valor del p value para rechazar o no, a la hipótesis nula (p value \leq a 0.05 se rechaza H_0). Por lo tanto; el “p value” tendría que ser mayor a 0.05 para verificar la normalidad de los datos de las variables (82).

TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

	Pruebas de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,079	80	,191*
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,091	80	,189*

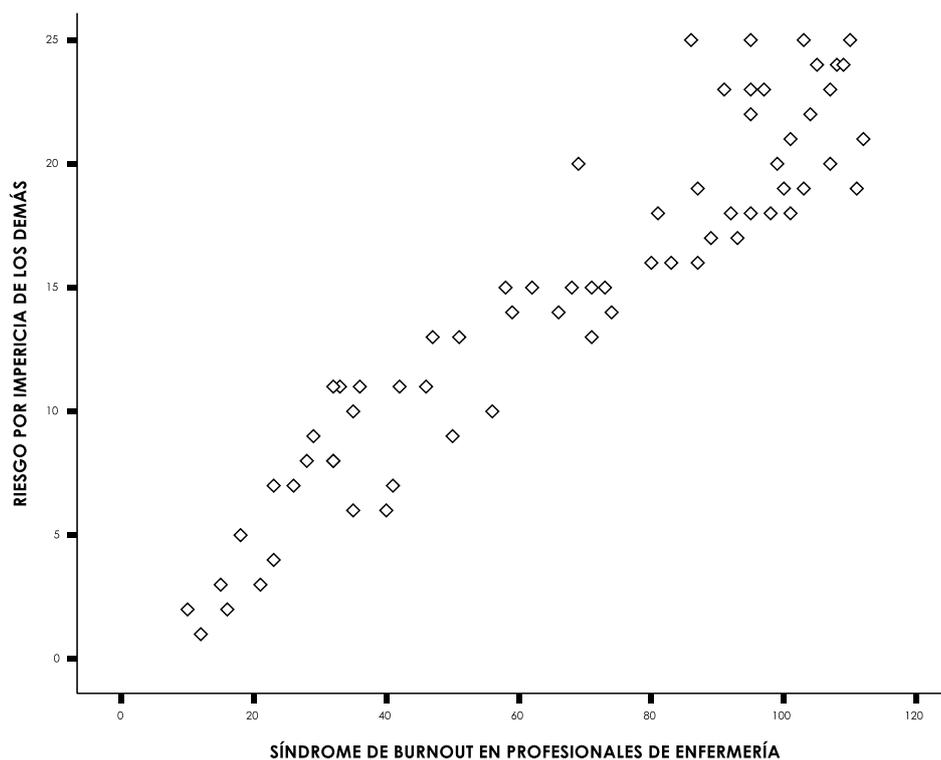
En la Tabla 15, se constata una significancia (p value) para los datos de la variable **“angustia moral en profesionales de enfermería”**, es de 0.191; que es notablemente mayor a 0.05; de manera que queda comprobada su normalidad. Asimismo; se constata una significancia (p value) para los datos de la variable **“síndrome de burnout en profesionales de enfermería”**, es de 0.189; que es notablemente mayor a 0.05; de manera que queda comprobada su normalidad.

Fundamentados en estas evidencias; correspondería, emplear las pruebas estadísticas paramétricas en los análisis de esta investigación; en efecto, se recurrirá al “coeficiente r de Pearson” y a la “prueba t para correlaciones”.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)

Para comprobar de forma preliminar y visual, la posible asociación entre las variables, se ha elaborado un diagrama de dispersión bidimensional. Un diagrama de puntos de dispersión, es la presentación de puntos que representan a cada uno de los casos y se ubican por los valores de los pares ordenados en un plano cartesiano; los pares ordenados vienen del valor que le corresponde para cada uno de los ejes. Cuando los puntos se reúnen alrededor de una recta o curva ascendente se dice que la asociación es positiva; si se agrupan en proximidad a una recta o curva descendente se afirma que la asociación es negativa. El diagrama de dispersión confeccionado entre la primera dimensión de la variable angustia moral y el síndrome de burnout es el siguiente:

FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL **RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)



En la Figura 15, se observa una asociación directamente proporcional entre la angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás y el síndrome de burnout en las enfermeras(os); según este diagrama, es posible aseverar que; dado el acrecentamiento de la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás**, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En este trabajo científico, se estableció como primera hipótesis específica correlacional; que, “A mayor angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás; menor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la red de salud de Concepción en el 2021”

Para verificar esta hipótesis, se ha calculado el coeficiente de correlación *r* de Pearson; este estadístico expresa el vínculo lineal entre dos variables. Los valores que puede adoptar, se hallan entre -1 hasta 1; el signo indica el sentido de la asociación, positivo para una relación directa y negativo para una relación indirecta; y cuando el valor se aproxima a 1 la relación es más fuerte; mientras que al acercarse a 0 la relación es débil. La correlación no involucra necesariamente causalidad (83). El valor obtenido de la *r* de Pearson y su significancia se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA AL **RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS)

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
Angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás	Correlación de Pearson	,436**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 16, se tiene como resultado un coeficiente *r* de Pearson = 0.436; el signo es positivo y expresa una asociación directa (cuando se incrementa la magnitud de una variable, también se incrementa la magnitud de la otra variable); el valor demuestra una asociación moderada entre la angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás y el síndrome de burnout.

Los cálculos realizados fueron en base a datos muestrales y para verificar la hipótesis se requieren valores poblacionales; es necesario conocer un parámetro “*p*” a partir de un estadígrafo “*r*”. Es preciso, hacer un análisis del “*p* value” (Sig. bilateral). El criterio estadístico inferencial indica que: $p \text{ value} \leq 0.05$; “*r*” es muy próximo o igual a “*p*”; o sí acontece una correlación de las variables examinadas en la población. En la tabla anterior, se constata una Sig. bilateral = 0.00; que es ampliamente menor a 0.05.

Luego de examinar el valor del coeficiente “*r* de Pearson” y la “*p* value”; se declara que; dado un aumento de la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás**, se intensifica el síndrome de burnout en enfermeras(os); de esta forma, queda verificada la hipótesis planteada.

FORMA ANALÍTICA DE CONSTATACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Paso 1: Elección de la prueba estadística

Se requiere determinar si la relación hallada en los datos muestrales; preexiste también en la población. El procedimiento estadístico pertinente a utilizar, es “la prueba t para coeficientes de correlación” (84).

La fórmula matemática es la siguiente:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Magnitud numérica de la “t” observada
r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
n : Tamaño muestral

Esta prueba nos permitirá conocer; si el valor del coeficiente de correlación de Pearson, encontrado en la investigación de [r = 0, 436] en 80 casos es prueba precisa, para asumir con certeza que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su valor es muy cercano al coeficiente de correlación muestral (r).

Paso 2: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia** de los demás y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación alguna entre la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia** de los demás y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso 3: Condiciones de la prueba

Existen requerimientos indispensables para emplear la prueba t para coeficientes de correlación, que son:

- Se tienen una muestra representativa, de donde se han obtenido los datos.
- Existe normalidad en el conjunto de datos de las variables.
- Se ha incluido el cero absoluto en la escala de medición utilizada.

Se corrobora que se cumple con todas las condiciones.

Paso 4: Elección del nivel de error

Se tomo un valor $\alpha = 0.05$ en la investigación

Paso 5: Normas de decisión

<u>Valor t tabular</u>	<u>Regla de decisión</u>
<p>Se define el valor tabular de la distribución t; ajustada a las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$). <p>Se especifica el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas</p>	<p>Se desestima la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.</p>

Paso 6: Operación matemática

Calculando:

$$t = \frac{0.436 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.436^2}} \Rightarrow t = \frac{0.436 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.190}} \Rightarrow t = \frac{0.436*8.832}{\sqrt{0.809}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{3.899}{0.899} \Rightarrow = 4.333$$

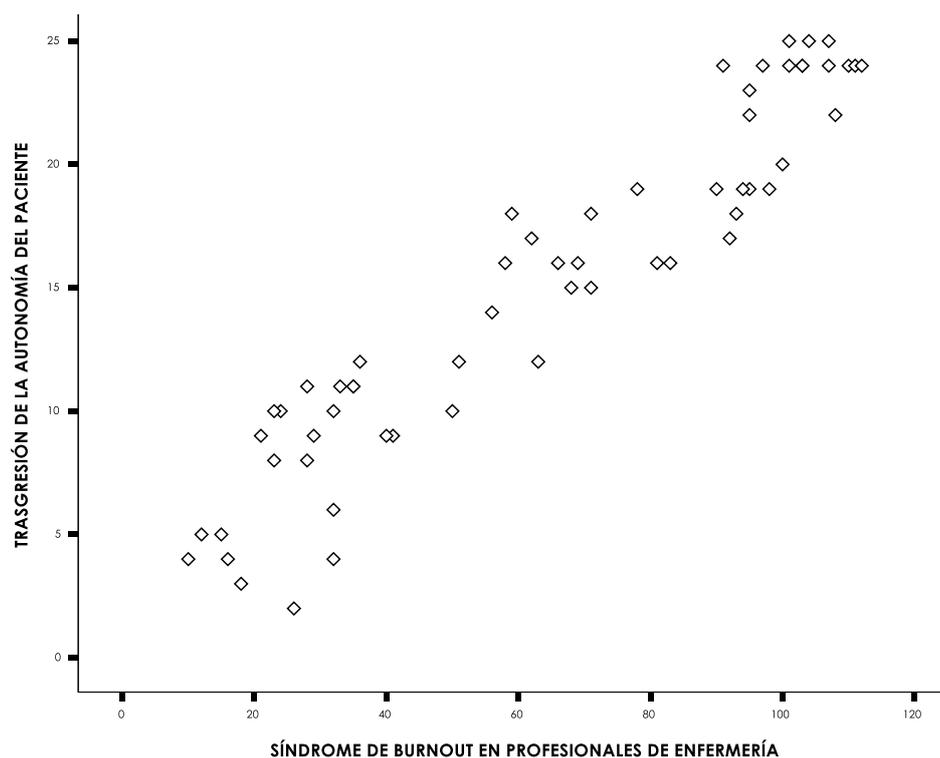
Paso 7: Significado de los resultados

Distinguiendo que; la t calculada es igual a 4.333, y es ampliamente mayor a 1.991; y contemplando la pauta de dictamen señalado, se impugna a la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; en consecuencia; se comprueba que el vínculo de la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás** y el síndrome de burnout, es bastante amplio, para aseverar que estas dos variables están correlacionadas.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)

Para comprobar de forma preliminar y visual, la posible asociación entre las variables, se ha elaborado un diagrama de dispersión bidimensional. Un diagrama de puntos de dispersión, es la presentación de puntos que representan a cada uno de los casos y se ubican por los valores de los pares ordenados en un plano cartesiano; los pares ordenados vienen del valor que le corresponde para cada uno de los ejes. Cuando los puntos se reúnen alrededor de una recta o curva ascendente se dice que la asociación es positiva; si se agrupan en proximidad a una recta o curva descendente se afirma que la asociación es negativa. El diagrama de dispersión confeccionado entre la segunda dimensión de la variable angustia moral y el síndrome de burnout es el siguiente:

FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA **TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)



En la Figura 16, se observa una asociación directamente proporcional entre la angustia moral en referencia a la trásgresión de la autonomía del paciente y el síndrome de burnout en las enfermeras(os); según este diagrama, es posible aseverar que; dado el acrecentamiento de la angustia moral en referencia a la trásgresión **de la autonomía del paciente**, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En este trabajo científico, se estableció como segunda hipótesis específica correlacional; que, “A mayor angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente; menor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la red de salud de Concepción en el 2021”

Para verificar esta hipótesis, se ha calculado el coeficiente de correlación r de Pearson; este estadístico expresa el vínculo lineal entre dos variables. Los valores que puede adoptar, se hallan entre -1 hasta 1; el signo indica el sentido de la asociación, positivo para una relación directa y negativo para una relación indirecta; y cuando el valor se aproxima a 1 la relación es más fuerte; mientras que al acercarse a 0 la relación es débil. La correlación no involucra necesariamente causalidad (83). El valor obtenido de la r de Pearson y su significancia se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LA **TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS)

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
Angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente	Correlación de Pearson	,485**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 17, se tiene como resultado un coeficiente r de Pearson = 0.485; el signo es positivo y expresa una asociación directa (cuando se incrementa la magnitud de una variable, también se incrementa la magnitud de la otra variable); el valor demuestra una asociación moderada entre la angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente y el síndrome de burnout.

Los cálculos realizados fueron en base a datos muestrales y para verificar la hipótesis se requieren valores poblacionales; es necesario conocer un parámetro “ p ” a partir de un estadígrafo “ r ”. Es preciso, hacer un análisis del “ p value” (Sig. bilateral). El criterio estadístico inferencial indica que: $p \text{ value} \leq 0.05$; “ r ” es muy próximo o igual a “ p ”; o sí acontece una correlación de las variables examinadas en la población. En la tabla anterior, se constata una Sig. bilateral = 0.00; que es ampliamente menor a 0.05.

Luego de examinar el valor del coeficiente “ r de Pearson” y la “ p value”; se declara que; dado un aumento de la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente**, se intensifica el síndrome de burnout en enfermeras(os); de esta forma, queda verificada la hipótesis planteada.

FORMA ANALÍTICA DE CONSTATACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Paso 1: Elección de la prueba estadística

Se requiere determinar si la relación hallada en los datos muestrales; preexiste también en la población. El procedimiento estadístico pertinente a utilizar, es “la prueba t para coeficientes de correlación” (84).

La fórmula matemática es la siguiente:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t : Magnitud numérica de la “t” observada
r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
n : Tamaño muestral

Esta prueba nos permitirá conocer; si el valor del coeficiente de correlación de Pearson, encontrado en la investigación de [r = 0, 436] en 80 casos es prueba precisa, para asumir con certeza que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su valor es muy cercano al coeficiente de correlación muestral (r).

Paso 2: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación alguna entre la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso 3: Condiciones de la prueba

Existen requerimientos indispensables para emplear la prueba t para coeficientes de correlación, que son:

- Se tienen una muestra representativa, de donde se han obtenido los datos.
- Existe normalidad en el conjunto de datos de las variables.
- Se ha incluido el cero absoluto en la escala de medición utilizada.

Se corrobora que se cumple con todas las condiciones.

Paso 4: Elección del nivel de error

Se tomo un valor $\alpha = 0.05$ en la investigación

Paso 5: Normas de decisión

<u>Valor t tabular</u>	<u>Regla de decisión</u>
<p>Se define el valor tabular de la distribución t; ajustada a las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$). <p>Se especifica el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas</p>	<p>Se desestima la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1. 991.</p>

Paso 6: Operación matemática

Calculando:

$$t = \frac{0.485 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.485^2}} \Rightarrow t = \frac{0.485 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.190}} \Rightarrow t = \frac{0.485*8.832}{\sqrt{0.765}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{4.338}{0.874} \Rightarrow = 4.960$$

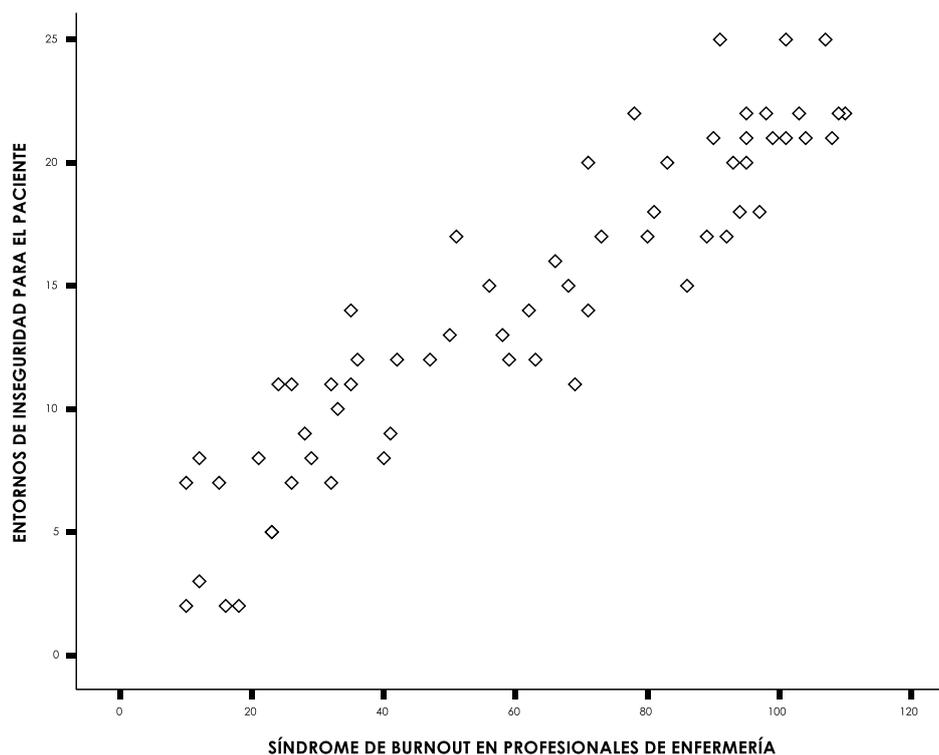
Paso 7: Significado de los resultados

Distinguiendo que; la t calculada es igual a 4.960, y es ampliamente mayor a 1.991; y contemplando la pauta de dictamen señalado, se impugna a la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; en consecuencia; se comprueba que el vínculo de la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente** y el síndrome de burnout, es bastante amplio, para aseverar que estas dos variables están correlacionadas.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)

Para comprobar de forma preliminar y visual, la posible asociación entre las variables, se ha elaborado un diagrama de dispersión bidimensional. Un diagrama de puntos de dispersión, es la presentación de puntos que representan a cada uno de los casos y se ubican por los valores de los pares ordenados en un plano cartesiano; los pares ordenados vienen del valor que le corresponde para cada uno de los ejes. Cuando los puntos se reúnen alrededor de una recta o curva ascendente se dice que la asociación es positiva; si se agrupan en proximidad a una recta o curva descendente se afirma que la asociación es negativa. El diagrama de dispersión confeccionado entre la tercera dimensión de la variable angustia moral y el síndrome de burnout es el siguiente:

FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)



En la Figura 17, se observa una asociación directamente proporcional entre la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente y el síndrome de burnout en las enfermeras(os); según este diagrama, es posible aseverar que; dado el acrecentamiento de la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En este trabajo científico, se estableció como tercera hipótesis específica correlacional; que, “A mayor angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente; menor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la red de salud de Concepción en el 2021”

Para verificar esta hipótesis, se ha calculado el coeficiente de correlación r de Pearson; este estadístico expresa el vínculo lineal entre dos variables. Los valores que puede adoptar, se hallan entre -1 hasta 1; el signo indica el sentido de la asociación, positivo para una relación directa y negativo para una relación indirecta; y cuando el valor se aproxima a 1 la relación es más fuerte; mientras que al acercarse a 0 la relación es débil. La correlación no involucra necesariamente causalidad (83). El valor obtenido de la r de Pearson y su significancia se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 18: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL EN REFERENCIA A LOS ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS)

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
Angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente	Correlación de Pearson	,479**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 18, se tiene como resultado un coeficiente r de Pearson = 0.479; el signo es positivo y expresa una asociación directa (cuando se incrementa la magnitud de una variable, también se incrementa la magnitud de la otra variable); el valor demuestra una asociación moderada entre la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente y el síndrome de burnout.

Los cálculos realizados fueron en base a datos muestrales y para verificar la hipótesis se requieren valores poblacionales; es necesario conocer un parámetro “ p ” a partir de un estadígrafo “ r ”. Es preciso, hacer un análisis del “ p value” (Sig. bilateral). El criterio estadístico inferencial indica que: $p \text{ value} \leq 0.05$; “ r ” es muy próximo o igual a “ p ”; o sí acontece una correlación de las variables examinadas en la población. En la tabla anterior, se constata una Sig. bilateral = 0.00; que es ampliamente menor a 0.05.

Luego de examinar el valor del coeficiente “ r de Pearson” y la “ p value”; se declara que; dado un aumento de la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente**, se intensifica el síndrome de burnout en enfermeras(os); de esta forma, queda verificada la hipótesis planteada.

FORMA ANALÍTICA DE CONSTATACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Paso 1: Elección de la prueba estadística

Se requiere determinar si la relación hallada en los datos muestrales; preexiste también en la población. El procedimiento estadístico pertinente a utilizar, es “la prueba t para coeficientes de correlación” (84).

La fórmula matemática es la siguiente:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t	:	Magnitud numérica de la “t” observada
r	:	Coefficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
n	:	Tamaño muestral

Esta prueba nos permitirá conocer; si el valor del coeficiente de correlación de Pearson, encontrado en la investigación de $[r = 0,479]$ en 80 casos es prueba precisa, para asumir con certeza que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su valor es muy cercano al coeficiente de correlación muestral (r).

Paso 2: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación alguna entre la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso 3: Condiciones de la prueba

Existen requerimientos indispensables para emplear la prueba t para coeficientes de correlación, que son:

- Se tienen una muestra representativa, de donde se han obtenido los datos.
- Existe normalidad en el conjunto de datos de las variables.
- Se ha incluido el cero absoluto en la escala de medición utilizada.

Se corrobora que se cumple con todas las condiciones.

Paso 4: Elección del nivel de error

Se tomo un valor $\alpha = 0.05$ en la investigación

Paso 5: Normas de decisión

<u>Valor t tabular</u>	<u>Regla de decisión</u>
<p>Se define el valor tabular de la distribución t; ajustada a las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$). <p>Se especifica el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas</p>	<p>Se desestima la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1. 991.</p>

Paso 6: Operación matemática

Calculando:

$$t = \frac{0.479 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.479^2}} \Rightarrow t = \frac{0.479 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.235}} \Rightarrow t = \frac{0.479*8.832}{\sqrt{0.771}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{4.284}{0.878} \Rightarrow = 4.881$$

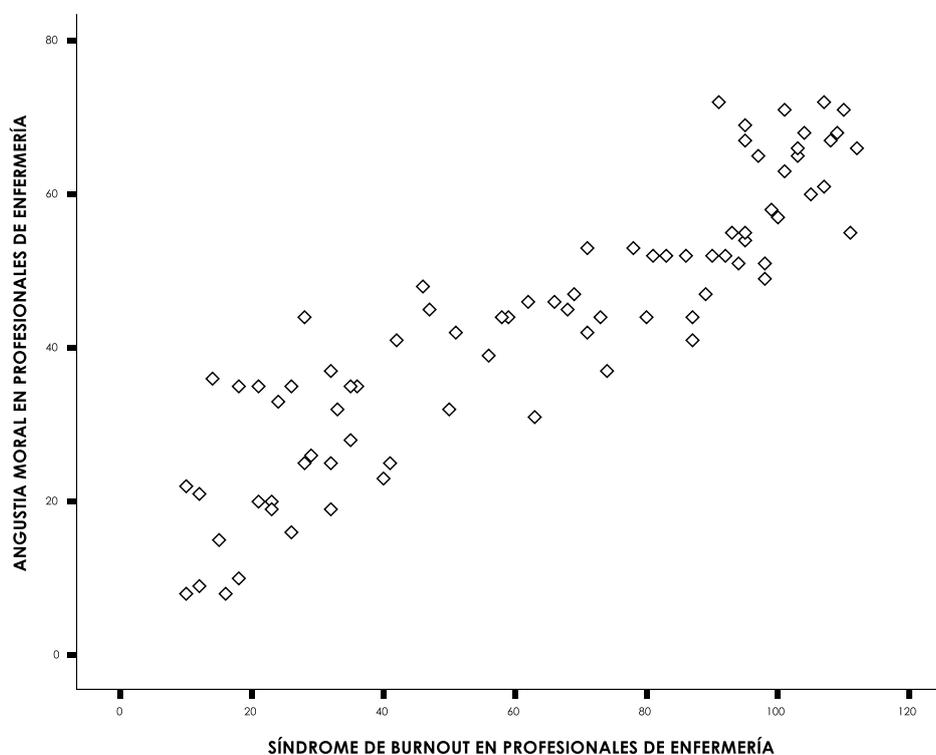
Paso 7: Significado de los resultados

Distinguiendo que; la t calculada es igual a 4.881, y es ampliamente mayor a 1.991; y contemplando la pauta de dictamen señalado, se impugna a la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; en consecuencia; se comprueba que el vínculo de la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente** y el síndrome de burnout, es bastante amplio, para aseverar que estas dos variables están correlacionadas.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)

Para comprobar de forma preliminar y visual, la posible asociación entre las variables, se ha elaborado un diagrama de dispersión bidimensional. Un diagrama de puntos de dispersión, es la presentación de puntos que representan a cada uno de los casos y se ubican por los valores de los pares ordenados en un plano cartesiano; los pares ordenados vienen del valor que le corresponde para cada uno de los ejes. Cuando los puntos se reúnen alrededor de una recta o curva ascendente se dice que la asociación es positiva; si se agrupan en proximidad a una recta o curva descendente se afirma que la asociación es negativa. El diagrama de dispersión confeccionado entre la variable angustia moral y el síndrome de burnout es el siguiente:

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)



En la Figura 18, se observa una asociación directamente proporcional entre la angustia moral y el síndrome de burnout en las enfermeras(os); según este diagrama, es posible aseverar que; dado el acrecentamiento de la angustia moral, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En este trabajo científico, se estableció como hipótesis general correlacional; que, “A mayor angustia moral; menor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la red de salud ”

Para verificar esta hipótesis, se ha calculado el coeficiente de correlación r de Pearson; este estadístico expresa el vínculo lineal entre dos variables. Los valores que puede adoptar, se hallan entre -1 hasta 1; el signo indica el sentido de la asociación, positivo para una relación directa y negativo para una relación indirecta; y cuando el valor se aproxima a 1 la relación es más fuerte; mientras que al acercarse a 0 la relación es débil. La correlación no involucra necesariamente causalidad (83). El valor obtenido de la r de Pearson y su significancia se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ANGUSTIA MORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS (OS)

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
Angustia moral	Correlación de Pearson	,467**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 19, se tiene como resultado un coeficiente r de Pearson = 0.467; el signo es positivo y expresa una asociación directa (cuando se incrementa la magnitud de una variable, también se incrementa la magnitud de la otra variable); el valor demuestra una asociación moderada entre la angustia moral y el síndrome de burnout.

Los cálculos realizados fueron en base a datos muestrales y para verificar la hipótesis se requieren valores poblacionales; es necesario conocer un parámetro “p” a partir de un estadígrafo “r”. Es preciso, hacer un análisis del “p value” (Sig. bilateral). El criterio estadístico inferencial indica que: p value \leq 0.05; “r” es muy próximo o igual a “p”; o sí acontece una correlación de las variables examinadas en la población. En la tabla anterior, se constata una Sig. bilateral = 0.00; que es ampliamente menor a 0.05.

Luego de examinar el valor del coeficiente “r de Pearson” y la “p value”; se declara que; dado un aumento de la angustia moral, se intensifica el síndrome de burnout en enfermeras(os); de esta forma, queda verificada la hipótesis planteada.

FORMA ANALÍTICA DE CONSTATACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Paso 1: Elección de la prueba estadística

Se requiere determinar si la relación hallada en los datos muestrales; preexiste también en la población. El procedimiento estadístico pertinente a utilizar, es “la prueba t para coeficientes de correlación” (84).

La fórmula matemática es la siguiente:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

t	:	Magnitud numérica de la “t” observada
r	:	Coefficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
n	:	Tamaño muestral

Esta prueba nos permitirá conocer; si el valor del coeficiente de correlación de Pearson, encontrado en la investigación de $[r = 0,467]$ en 80 casos es prueba precisa, para asumir con certeza que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su valor es muy cercano al coeficiente de correlación muestral (r).

Paso 2: Formulación de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación alguna entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os), o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso 3: Condiciones de la prueba

Existen requerimientos indispensables para emplear la prueba t para coeficientes de correlación, que son:

- Se tienen una muestra representativa, de donde se han obtenido los datos.
- Existe normalidad en el conjunto de datos de las variables.
- Se ha incluido el cero absoluto en la escala de medición utilizada.

Se corrobora que se cumple con todas las condiciones.

Paso 4: Elección del nivel de error

Se tomo un valor $\alpha = 0.05$ en la investigación

Paso 5: Normas de decisión

<u>Valor t tabular</u>	<u>Regla de decisión</u>
<p>Se define el valor tabular de la distribución t; ajustada a las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$). <p>Se especifica el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas</p>	<p>Se desestima la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.</p>

Paso 6: Operación matemática

Calculando:

$$t = \frac{0.467 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.467^2}} \Rightarrow t = \frac{0.467 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.218}} \Rightarrow t = \frac{0.467*8.832}{\sqrt{0.782}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{4.177}{0.884} \Rightarrow = 4.724$$

Paso 7: Significado de los resultados

Distinguiendo que; la t calculada es igual a 4.724, y es ampliamente mayor a 1.991; y contemplando la pauta de dictamen señalado, se impugna a la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; en consecuencia; se comprueba que el vínculo de la angustia moral y el síndrome de burnout, es bastante amplio, para aseverar que estas dos variables están correlacionadas.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS(OS)

En este estudio, hemos evidenciado que el 32.5 % de los profesionales de enfermería tienen alta o muy alta angustia moral; esto indica que alrededor de la tercera parte de las enfermeras sobrellevan sufrimiento psicológico, emocional y fisiológico cuando ofrecen cuidados de manera incompatible con sus valores éticos, principios o compromisos morales, debido a que no disponen de los recursos necesarios; esto podría deberse, a que la enfermera no dispone del tiempo necesario para atender a los usuarios, dada la sobrecarga laboral existente; asimismo, la escasez de materiales, las inadecuadas instalaciones sanitarias y la falta de adecuados equipos, impiden que la enfermera pueda brindar una atención de óptima; o la atención que ella cree que es la ideal. Además, cuando la enfermera presencia; que la carencia de recursos de los usuarios les impide: cumplir con sus tratamientos, llevar adecuadas conductas sanitarias y tener una conveniente nutrición; tiene sentimientos de aflicción, desagrado y frustración, que coadyuvan a la angustia moral. Las cotidianas situaciones en las que los recursos disponibles, no coinciden con los objetivos y requerimientos del trabajo de las enfermeras, serian el origen de la angustia moral; debido, a que se ven obligadas a elegir formas de trabajo y estrategias contrarias a sus convicciones éticas y morales, y que además afectan la calidad de su trabajo.

Robaee N, Atashzadeh F, Ashktorab T, encuentran que más de la tercera parte de las enfermeras padecen angustia moral; ocurre cuando las enfermeras sienten que no pueden actuar de acuerdo con los valores y deberes fundamentales o cuando las medidas tomadas para lograr los resultados previstos no tienen éxito y la totalidad de los principios éticos de las enfermeras se ven seriamente amenazadas. La angustia moral es el estrés tolerado por las enfermeras; que surge cuando, tienen conciencia de cuál es el desempeño correcto, pero no pueden lograrlo; debido a múltiples barreras. Las enfermeras con angustia moral presentan trastornos psicósomáticos como: pesadillas, dolor de cabeza, ansiedad y una vida personal disfuncional; además presentan sentimientos de: indignación, fracaso, culpabilidad e incapacidad. La angustia moral se correlaciona con el agotamiento del personal, el deterioro del trabajo en equipo, la reducción de la calidad de la atención y los desafíos relacionados con la seguridad del paciente. Además, conduce al estrés laboral y la rotación. Varios factores contribuyen a la angustia moral en las enfermeras, entre ellos los procedimientos invasivos en pacientes con enfermedades incurables, la solicitud de pruebas o exámenes innecesarios, el tratamiento insuficiente e ineficiente por parte de los colegas, la falta de equilibrio de poder entre los especialistas en salud y la falta de apoyo organizacional (85).

McAndrew N, Leske J, Schroeter K, constatan que cerca a la mitad de las enfermeras padecen angustia moral, que se manifiesta como una experiencia dolorosa de frustración, ira, tristeza, impotencia y sufrimiento; la angustia moral impacta el bienestar físico, psicológico y emocional de las enfermeras. Cuando la experiencia de angustia moral se mantiene sin resolverse, la enfermera puede experimentar agotamiento emocional y considera dejar su puesto o la profesión. La angustia moral

puede comprometer la calidad y seguridad del cuidado del paciente y la familia. La angustia moral, es causada por la prisa constante y la insuficiencia de recursos, también está relacionada con la falta de normativas que respalden la toma de decisiones éticas; también aparece cuando la enfermera se siente incapaz de implementar sus habilidades y conocimientos al máximo, y no poder ayudar a sus pacientes tan bien como querían. El papel de la enfermería está moralmente limitado de manera significativa, debido a que debe de realizar procesos decididos por otros y tiene escasa autonomía para poder modificar los procedimientos según su criterio profesional; además existen políticas y prácticas institucionales que llevan a las enfermeras a hacer cosas que creen que son moralmente incorrectas (86).

Reuvers J, establece que alrededor de la mitad de los profesionales de enfermería sobrellevan angustia moral; las enfermeras siempre deben de enfrentar dilemas morales y éticos inimaginables, a menudo se sienten turbadas, solas y afligidas; la angustia moral surge cuando las enfermeras saben lo que es correcto hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto. Las enfermeras enfrentan situaciones que crean un conflicto en sus valores profesionales, que a menudo las deja con la sensación de que no han cumplido con sus obligaciones morales frente al paciente. Las causas de la angustia moral son variadas e incluyen conflictos con otros médicos, una carga de trabajo excesiva y desafíos con la toma de decisiones al final de la vida. Las enfermeras afirman presentar un desequilibrio psicológico y un sentimiento negativo cuando deben de tomar una decisión que no está acorde a su moralidad profesional, porque las circunstancias y políticas institucionales así lo requieren. La angustia moral se manifiesta con sentimientos de decepción, enfado y desasosiego que experimentan las enfermeras al

enfrentarse a obstáculos institucionales y conflictos con otros acerca de los valores. La angustia moral ocurre cuando el fin moral, una rectitud o bondad inherentes a su trabajo, son o han sido amenazados, dañados o violados; y la enfermera no puede aceptar ese hecho. En el medio laboral sanitario son múltiples las restricciones que precipitan la angustia moral (87).

Sirilla J, Thompson K, Yamokoski T, reportan que cerca a la mitad de las enfermeras sufren angustia moral de manera cotidiana. La angustia moral ocurre cuando una enfermera sabe moralmente lo que se debe hacer pero se le impide tomar esa acción, posiblemente debido a restricciones que no permiten la elección ética adecuada en opinión de la enfermera; la angustia moral origina el distanciamiento de la enfermera del paciente, una disminución de la capacidad de atención, disminución de la calidad de la comunicación con otros proveedores de atención médica, incapacidad para brindar una buena atención, angustia y el desarrollo de síntomas de agotamiento. Las situaciones que a menudo conducen a angustia moral en la enfermera incluyen: brindar atención al final de la vida, incompetencia de los compañeros de trabajo, falta de comunicación, clima organizacional ético deficiente y presenciar el sufrimiento que podría haberse evitado. Es imposible para la enfermera que ejerce hoy en día evitar dilemas y conflictos éticos; siempre guardan silencio sobre las preocupaciones éticas debido a una cultura de evitación. Esto puede afectar las relaciones, causar un costo emocional para el personal y crear problemas con la continuidad de la atención y la toma de decisiones compartida. Cuando la enfermera, siente que no es capaz de preservar todos los intereses y valores que son parte del cuidado de la salud; surge la angustia moral, como un dolor que afecta la mente, el cuerpo, y las relaciones interpersonales (88).

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

En la investigación hallamos que el 33.8 % de los profesionales de enfermería, tienen alto o muy alto síndrome de burnout; las enfermeras manifiestan tener falta de energía y entusiasmo, fatiga excesiva, una sensación de agotamiento de los recursos emocionales necesarios para manejar las situaciones estresantes, que puede aumentar la sensación de frustración y tensión; también existe una percepción de deterioro de las aptitudes e insatisfacción con los logros y éxitos de sí mismos en el trabajo, sintiéndose infelices e insatisfechas con su desarrollo profesional, con la consiguiente disminución de su sentido de competencia y éxito, y su capacidad de interacción social; las enfermeras también muestran actitudes negativas, insensibilidad y despreocupación en relación con otras personas, lo que lleva a tratar a sus pacientes, compañeros y organización de forma deshumanizada. El síndrome de burnout en las enfermeras estaría causado por la sobrecarga laboral, turnos dobles, riesgos laborales, precariedad de recursos materiales, falta de personal calificado, relaciones interpersonales conflictivas, baja autonomía, discrepancia de roles y acoso laboral.

Santos L, Santana B, Peixoto J, Nunes S, constatan que más de la tercera parte de las enfermeras padecen el síndrome de burnout; las enfermeras con síndrome burnout, presentan: agotamiento, distanciamiento de los demás y disminución del rendimiento; siempre está de mal humor, demasiado crítica, enojada e implacable, pueden oponerse a todas las sugerencias bien intencionadas; se comportan desdeñosa con quienes le rodean y no sigue los consejos de otros. El síndrome de burnout afecta más

a las enfermeras decididas a trabajar sin descanso para tener éxito y que se establecen metas demasiadas altas y quieren alcanzarlas demasiado rápido; estas enfermeras están bajo una enorme presión para actuar e invierte más energía. Las tensiones externas que pueden conducir al síndrome de burnout incluyen las malas condiciones del lugar de trabajo, una mala atmósfera de trabajo y procesos de trabajo e interrelaciones inmanejables. Las enfermeras con síndrome de burnout están abrumadas, sufren de excesivo cansancio, trastornos de sueño y se sienten deprimida en todos los sentidos. Incluso en el tiempo libre, la relajación ya no es posible y los síntomas como dolores de cabeza y dolor de espalda van en aumento. Además, la enfermera se distancia de sus compañeros, pacientes y amigos, como una reacción defensiva al agotamiento emocional y mental y conductual; asimismo, su trabajo se devalúa y hay una reducción de su rendimiento laboral (89).

Paul D, Bakhamis L, Smith H, reportan que cerca de la tercera parte de las enfermeras son afectadas por el síndrome de burnout; el síndrome de burnout en las enfermeras lleva al desarrollo de dificultades mentales y físicas, como baja autoestima, rechazo, ansiedad y depresión. Las enfermeras con síndrome de burnout presentan, incapacidad para concentrarse, la competencia y la creatividad se reducen, también muestran un mayor uso de energía y después del trabajo ya no pueden desconectarse, y carece de la energía necesaria para la próxima jornada laboral y tienen la sensación de perder el tiempo; también recurre a la supresión de las propias necesidades; las reacciones emocionales sin modulación y las asignaciones de autoculpa son frecuentes; también hay desilusión y abandono de los objetivos centrales que antes motivaban sus esfuerzos. Se produce una disminución de la autoestima porque la enfermera se ve a sí misma como un fracaso. Los arrebatos de ira, el estado de ánimo

irritable y el pesimismo son las consecuencias si la enfermera culpa al entorno laboral de su condición. Entre las causas más frecuentes se encuentra, el trabajo por turnos y las sobrecargas de trabajo, la baja autonomía y la falta de reconocimientos (90).

Ramirez L, Ortega E, Gomez J, establecen que el 35 % de las enfermeras padecen síndrome de burnout; este problema es causado por: el exceso de carga de trabajo, estrés emocional, trabajo no valorado, pago insuficiente, liderazgo deficiente, conflictos otros profesionales, aceptación de múltiples responsabilidades, falta de apoyo social, conflicto con otras enfermeras, conflicto con médicos y presencia de factores estresantes relacionados con la vida privada. Las enfermeras con síndrome de burnout, cometen errores por descuido, se olvidan las citas, la motivación y la creatividad decaen; los amigos y conocidos de la enfermera se retiran porque ella se torna desinteresada e indiferente. La enfermera con síndrome de burnout, se ofende fácilmente, se deprime e incluso puede sufrir sentimientos de inferioridad y fracaso, su apariencia parece pesimista; toda la capacidad de ejecución se reduce lentamente, y se producen trastornos de la memoria, y baja la concentración; aparece un creciente consumo de alcohol, nicotina y café, en intentos de autotratamiento consume tranquilizantes; el trabajo, ya no le da una sensación de éxito y pierde la confianza en su propio desempeño. Asimismo, aparecen sensaciones de miedo y pánico; los síntomas físicos más comunes incluyen trastornos del sueño, dolores de cabeza, trastornos sexuales y problemas cardiovasculares (91).

Dimunova L, Sovariova M, Mohnyanszki F, encuentran que más del 30% de las enfermeras tienen síndrome de burnout; esto es un resultado de las relaciones exigentes y cargadas emocionalmente, las enfermeras afectadas presentan: cansancio, dolores de

cabeza, problemas de alimentación, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y rigidez en las relaciones con otras personas. La profesión de enfermería es exigente y estresante, debido a la cantidad y diversidad de factores de riesgo asociados al entorno laboral. Las causas más frecuentes son: la carga de trabajo excesiva; trabajo por turnos; cultura de la organizacional conflictiva, falta de materiales y equipo técnico. Las enfermeras afectadas no suelen buscar ayuda médica, sino que intentan autotratarse con somníferos o sedantes, cuando el síndrome se intensifica, comienza la desesperación existencial, la desesperanza y la falta de sentido en la vida a menudo llevan a pensamientos suicidas. Un buen ambiente de trabajo y una cultura organizativa coherente no solo evitan un estrés psicológico inadecuado, sino que también refuerzan la imagen corporativa y el espíritu de equipo de las enfermeras. Las cargas en el lugar de trabajo pueden surgir tanto del proceso de trabajo directo como del sistema social de la empresa (92).

6.3. ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS(OS)

En esta investigación se ha encontrado un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras ($r = 0,467$); esta evidencia indica que, cuando se acrecienta la angustia moral, se intensifica el síndrome de burnout en las enfermeras; esto se debe a que, las enfermeras deben de soportar situaciones en las que es imposible brindar los cuidados óptimos, debido a la escasez de tiempo y las limitaciones de materiales y equipos; estas condiciones provocan angustia moral; al darse, estas circunstancias de forma muy frecuente, la angustia moral es intensa y repetitiva; llegando a provocar síndrome de

burnout en las enfermeras. Asimismo, las enfermeras presencian el deterioro de la salud de los usuarios, cuando estos: no pueden adquirir los adecuados medicamentos, llevan una alimentación precaria y viven bajo condiciones que dañan su salud; sobre esta población carente, la enfermera se ve imposibilitada de realizar acciones significativas favorables a su salud. La enfermera puede notar que sus intervenciones tienen poco o ningún efecto; ante esta problemática; siente frustración y vislumbra un conflicto entre sus ideales del cuidado y la limitada atención que puede ofrecer; estas disyuntivas las llevan a la angustia moral. La prolongada angustia moral, lleva a vivenciar estados de incompetencia subjetiva e impotencia percibida, que generan intenso estrés. La enfermera se autoculpa, siente compasión y pena por los demás; pero sus intervenciones no pueden modificar de manera significativa la situación; por lo que las circunstancias se tornan muy estresantes y de manera progresiva llevan a la aparición del síndrome de burnout.

Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M, encuentran que existe una asociación significativa entre la angustia moral y el síndrome de burnout; asimismo, halla que la enfermera no puede brindar el cuidado ideal que se proyecta; debido a que esta sobrecargada de tareas y responsabilidades; no puede tomar las decisiones que quisiera porque siempre está supeditada a las decisiones de otros profesionales; los esfuerzos que realiza pocas veces son reconocidos; además enfrenta siempre la restricción de recursos, equipos, e infraestructura; los ideales del cuidado que posee se ven fracturados por la realidad llena de carencias y por la indolencia y la falta de empatía de otros profesionales; estas circunstancias provocan angustia moral, y la crisis emocional y espiritual de la angustia moral intensifica el estrés, y cuando el estrés se hace permanente se da el síndrome burnout. La enfermera angustiada y además con síndrome de burnout,

presenta problemas psicosomáticos como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares y trastornos del sueño, pero también trastornos psicológicos como la depresión, también puede incurrir en el abuso de alcohol. Las enfermeras con síndrome de burnout ya no contemplan sus valores éticos personales y profesionales, y tienden a ver a las personas que necesitan atención ya no como individuos, sino como casos problemáticos; que, en casos extremos, puede conducir a agresiones contra los usuarios y otros trabajadores del equipo de salud (11).

Lins R, Junqueira G, Fátima A, Vieira J, hallan que existe asociación significativa directa moderada entre la angustia moral y el síndrome de burnout ($r = 0.446$); asimismo, las enfermeras que observan: la impericia técnica de otros profesionales, erradas acciones que perjudican la salud y economía de los pacientes, y están imposibilitadas de censurar el mal accionar, debido a condiciones organizativas, normativas y políticas institucionales; sienten angustia moral, que deben de reprimir y solo pueden contemplar la situación. Cuando la enfermera de forma repetitiva siente angustia moral, entra en conflicto con sus convicciones éticas y sus valores personales; llega a situaciones de empobrecimiento de intereses y desolación comunicativa en el entorno social, aridez mental y gestos congelados; surge en ella el síndrome de burnout. El síndrome de burnout en las enfermeras se manifiesta con: la reducción del compromiso con su trabajo y con los pacientes, desilusión, pérdida de sentimientos positivos hacia los pacientes, mayor distancia con los pacientes, evitación del contacto con los pacientes, auto asignación de culpa de los problemas, falta de empatía, dificultad para escuchar a los demás, desilusión, actitud negativa hacia el trabajo, desgana y cansancio. El permanente e intenso sufrimiento experimentado en la angustia moral es generadora del síndrome de burnout, exteriorizado en el

aplanamiento de reacciones emocionales, indiferencia, menor preocupación personal por los demás, evitación de contactos, elusión de discusiones sobre su propio trabajo, abandono de aficiones, desinterés y tedio (12).

Barr P, determina que el agotamiento esta explicado por la angustia moral ($\beta = 0.40$), el apego ansioso ($\beta = 0.18$) y la propensión a la vergüenza ($\beta = 0.22$); asimismo las enfermeras; que trabajan en instituciones cuyo propósito es el lucro o el excedente económico; pueden percibir que todo el personal respondiendo a las políticas institucionales, hacen prevalecen los beneficios económicos antes que la salud y el bienestar del paciente; es común que estas enfermeras padezcan angustia moral. Muchas enfermeras guiadas por sus principios y convicciones de servicio; se esfuerzan para favorecer la salud del paciente por cuenta propia, pero sus esfuerzos son rechazados y criticados; el permanecer en esta lucha sin un final venturoso; produce fatiga y estrés que culmina produciéndoles el síndrome de burnout. Dado el escaso poder político que poseen las enfermeras dentro de las instituciones de salud; están imposibilitadas de promover reformas institucionales que favorezcan a la salud del paciente, anteponiéndose a los individualismos perniciosos. Para la enfermera, procurar un trato: solidario, humanizado y justo para los pacientes, por parte de todos los miembros del equipo de salud es muy difícil, debido a que las instituciones privadas de salud responden a la capacidad de pago del paciente. Condiciones de este tipo provocan gran angustia moral en las enfermeras, que desencadena intensas situaciones de estrés que al prolongarse resultan en el síndrome de burnout. Ante estas coyunturas; muchas enfermeras abandonan sus valores profesionales; pero luego surgen en ellas crisis de identidad y conflictos subjetivos sobre su real propósito de vida (13).

McAuley J, evidencia que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = 0.52); asimismo las enfermeras que perciben que los pacientes están expuestos a inseguridades y lesiones relacionadas con la ineptitud y la desidia, y que no poseen los medios para corregir esta situación, padecen angustia moral. Las enfermeras vivencian desasosiego moral que las hacen más endebles al síndrome de burnout. Las instituciones de salud privada; le dan baja valía a los aspectos éticos de la atención de salud y hacen prevalecer los propósitos de lucro, provocan angustia moral en las enfermeras. Reconciliar la dicotomía entre la práctica ética profesional y las limitaciones organizativas, es una lucha permanente de la mayor parte de las enfermeras; ellas llevan sus valores al trabajo, pueden reconocer problemas éticos en su área laboral, pero muchas veces sus esfuerzos son infructuosos y resultan en angustia moral. Las enfermeras están preocupadas por la falta de apoyo de los gerentes sobre la atención clínica ética y las escasas políticas y procedimientos que sustenten el cuidado ético de los pacientes. Cuando las enfermeras son constantemente incapaces de resolver los problemas de manera satisfactoria, es probable que aparezca una angustia emocional y mental dolorosa asociada con la angustia moral; en el estado angustioso, la enfermera tiene sentimientos de incomodidad y desgana por no poder brindar el nivel de atención que sus pacientes necesitaban o merecen; circunstancias de esta naturaleza precipitan al síndrome de burnout (14).

Cherny N, Werman B, Kearney M, demuestran la asociación significativa de la angustia moral y el síndrome de burnout; así también, el papel de la enfermería está moralmente limitado de manera significativa; las políticas y prácticas institucionales pueden llevar a las enfermeras a hacer cosas que creen que son moralmente incorrectas; muchas veces las enfermeras se sienten obligadas a actuar quebrantando

su integridad profesional; es frecuente que las enfermeras deban de actuar sobre las decisiones tomadas por otros; estas experiencias precipitan el síndrome de burnout; las enfermeras afectadas tienen: sufrimiento psicológico, emocional y fisiológico porque han actuado de manera incompatible con sus valores éticos, principios o compromisos morales profundamente arraigados; todos estos hechos desencadenan el síndrome de burnout. Las enfermeras se ven obligadas a pasar de la elección moral a la acción moral discordante, que es una experiencia asociada con sentimientos de ira, frustración, culpa e impotencia. Muchos comportamientos supeditados de las enfermeras transgreden, o llegan a transgredir, creencias morales o éticas personalmente sostenidas. Hay circunstancia en las que las enfermeras tienen pocas posibilidades de acción moral; ven obstruido el proceso de deliberación moral, que compromete la sensibilidad moral. En la enfermera surgen emociones negativas en respuesta a su participación en una situación que percibe como moralmente indeseable. Uno de los elementos que contribuyen a la experiencia de la angustia moral en enfermería es la falta de autoridad para tomar decisiones en relación con la asignación de recursos o la atención clínica. Es notable que son múltiples las condiciones para que surja el síndrome de burnout en las enfermeras (15).

Whittaker B, Gillum D, Kelly J, destacan que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = 0.47); también, las enfermeras hacen juicios morales y actúan sobre ellos; pero deben de quebrantar sus juicios y acciones morales ante las condiciones institucionales; estas contradicciones entre aquello que las enfermeras consideran bueno y virtuoso y su comportamiento contradictorio realizado, ocasionan intenso estrés y a la larga síndrome de burnout. Las obligaciones morales de la enfermería se han establecido en la comunidad de

enfermeras y se basan en valores sociales, y son tanto personales como profesionales; la enfermera tiene conocimiento y certeza sobre cuál es el curso de acción correcto en una situación dada, los juicios de las enfermeras se basan en valores personales, más que profesionales; pero necesitan actuar de forma diferente a sus principios para preservar su empleo o evitar conflictos con la institución y otros trabajadores de salud. La acción en el sistema de salud es esencialmente colaborativa y colectiva; esto lleva a que la enfermera por no afectar al equipo, deba de contradecir sus convicciones con sus actos. Las enfermeras actúan como agentes morales; pero también deben de asumir una actitud pragmática y objetiva; persistir con firmeza en sus convicciones morales sin considerar las condiciones operantes del momento, desencadena la angustia moral y el posterior síndrome de burnout. Hay sufrimiento en la enfermera que actúa en contra de sus convicciones (16).

CONCLUSIONES

1. Cuando se incrementa la angustia moral en referencia al **riesgo por impericia de los demás**, se acrecienta el síndrome de burnout en enfermeras(os) (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,436)
2. Cuando se incrementa la angustia moral en referencia a la **trasgresión de la autonomía del paciente**, se acrecienta el síndrome de burnout en enfermeras(os) (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,485)
3. Cuando se incrementa la angustia moral en referencia a los **entornos de inseguridad para el paciente**, se acrecienta el síndrome de burnout en enfermeras(os) (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,479)
4. De forma general, cuando se incrementa la **angustia moral**, se acrecienta el síndrome de burnout en enfermeras(os) (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; 0,467)

RECOMENDACIONES

1. Es necesario desarrollar programas que identifiquen y eliminen la impericia técnica y todo tipo de situación que anteponga los intereses personales e institucionales en detrimento de la salud y bienestar del paciente.
2. Es conveniente desarrollar programas que detecten y supriman las situaciones en las que no se respeta la autonomía del paciente afectando su libertad y su dignidad personal.
3. Es indispensable desarrollar programas que revelen y desarraiguen toda forma de exposición innecesaria del paciente a situaciones riesgosas, sean estas por: negligencia, precariedad, escasez o falta.
3. Es provechoso desarrollar programas que den acompañamiento moral y espiritual a las enfermeras para que puedan enfrentar las situaciones en las que no es posible ofrecer servicios ideales; y puedan encontrar conformidad; en el hecho que, se desplegaron todos los esfuerzos y se emplearon todos los recursos disponibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deschenes S, Kunyk D. Situating moral distress within relational ethics. *Nursing Ethics*. 2020; 27(3): p. 95 - 102.
2. Epstein E, Haizlip J, Liaschenko J, Zhao D, Bennett R, Marshall MF. Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. *AACN Advanced Critical Care*. 2020; 31(2): p. 146-157.
3. Costa S, Cerqueira J, Peixoto R, Barros A, Sales P. Burnout syndrome in nursing professionals. *Journal of Nursing Upfe Online*. 2020; 14(4): p. 474-483.
4. Helmers A, Palmer K, Greenberg R. Moral distress: Developing strategies from experience. *Nursing Ethics*. 2020; 27(4): p. 101 - 115.
5. Dowaji M, Malmström M. Bakomliggande faktorer till moralisk stress bland sjuksköterskor. [Tesis]. Universidad Karlstad, Omvårdnad Fakultet; 2019.
6. Schaefer R. Sofrimento moral: avaliação de risco em enfermeiros. [Tesis]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2017.
7. McMurray E. Getting Through the Shift Navigating Moral Distress in Acute Care Nursing. [Tesis]. University of Victoria, School of Nursing ; 2016.
8. Keskin S, Koç Z. Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı ve Nedenleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2019; 6(1): p. 5-12.
9. Vargas I, Concha C. Angustia moral, señalde problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica. *Aquichan*. 2019; 19(1): p. 1 - 16.
10. Tronto J, Domínguez C, Kohlen H. El futuro del cuidado, comprensión de la ética del cuidado y la práctica enfermera 1º , editor. Barcelona : San Juan de Dios – Campus Docent; 2018.
11. Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M. Moral distress and burnout in Iranian nurses: The mediating effect of workplace bullying. *Nursing Ethics*. 2018; 20(10): p. 1 - 14.
12. Lins R, Junqueira G, Fátima A, Vieira J. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017; 71(7): p. 1 - 8.
13. Barr P. Burnout in neonatal intensive care unit nurses: relationships with moral distress, adult attachment insecurities, and proneness to guilt and shame. *J. Perinat. Med*. 2020; 23(2): p. 1 - 7.

14. McAuley J. Building resilience to combat symptoms of moral distress and burnout in nurses: is it effective? an integrative review. [Tesis]. Virginia: Liberty University, Nursing doctorate school; 2018.
15. Cherny N, Werman B, Kearney M. Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2015; 5(1): p. 246-259.
16. Whittaker B, Gillum D, Kelly J. Burnout, Moral Distress, and Job Turnover in Critical Care Nurses. *International Journal of Studies in Nursing*. 2018; 3(3): p. 108 - 121.
17. Toescher A, Barlem E, Lunardi V, Brum A, Barlem J, Dalmolin G. Moral distress and professors of nursing: A cluster analysis. *Nursing Ethics*. 2020; 27(4): p. 78 - 86.
18. Dzung E, Wachter R. Ethics in Conflict: Moral Distress as a Root Cause of Burnout. *Journal of General Internal Medicine*. 2020; 35(2): p. 409-411.
19. Wolf A, White K, Epstein E, Enfield K. Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*. 2019; 39(5): p. 38-49.
20. Atashzadeh F, Tayyar F, Chashmi Z, Abdi F, Cistic R. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. *Clinical Ethics*. 2020; 45(2): p. 148-159.
21. Bevan N, Emerson A. Freirean Conscientization With Critical Care Nurses to Reduce Moral Distress and Increase Perceived Empowerment: A Pilot Study. *Advances in Nursing Science*. 2020; 23(2): p. 64 - 74.
22. Colville G, Dawson D, Rabinthiran S, Chaudry Z, Perkins L. A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *The journal of the Intensive Care Society*. 2019; 20(3): p. 196-203.
23. young L, Kim J. A Study of Comparison of Moral Distress and Burnout between Long-term Care Hospital Nurses and General Hospital Nurses. *Journal of East-West Nursing Research*. 2020; 26(1): p. 63-70.
24. Woods M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *International Nursing Review*. 2020; 67(1): p. 68-75.
25. Fontenot N, White K. Using evidence-based debriefing to combat moral distress in critical care nurses: A pilot project. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2019; 9(12): p. 707-722.

26. Carnevale F. Moral distress in the ICU: it's time to do something about it! *Minerva Anestesiologica*. 2020; 86(4): p. 455-460.
27. Deschenes S, Gagnon M, Park T, Kunyk D. Moral distress: A concept clarification. *Nursing Ethics*. 2020; 27(4): p. 1254-1262.
28. Testoni I, Wieser M, Kapelis D, Pompele S, Bonaventura M, Crupi R. Lack of Truth-Telling in Palliative Care and Its Effects among Nurses and Nursing Students. *Systems Research and Behavioral Science*. 2020; 10(5): p. 88-91.
29. Sanderson C, Sheahan L, Kochovska S, Lockett T, Parker D, Butow P, et al. Redefining moral distress: A systematic review and critical re-appraisal of the argument-based bioethics literature. *Clinical Ethics*. 2019; 14(4): p. 195-210.
30. Eskandari M, Alizadeh S. Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses: An Integrated Review. *Education & Ethic In Nursing*. 2020; 9(1): p. 1-9.
31. Greason M. Ethical Reasoning and Moral Distress in Social Care Among Long-Term Care Staff. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2020; 31(4): p. 759-769.
32. Jansen T, Hem M, Dambolt L, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*. 2019; 45(3): p. 651-665.
33. Kada O, Lesnik T. [Facets of moral distress in nursing homes : A qualitative study with examined registered nurses]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*. 2019; 52(8): p. 743-750.
34. Vincent H, Jones DJ, Engebretson J. Moral distress perspectives among interprofessional intensive care unit team members. *Nursing Ethics*. 2020; 12(2): p. 998-1006.
35. Rodrigues L, Cervellione K, Echevarria P. Moral Distress in Health Care Professionals (GP784). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 60(1): p. 295 - 302.
36. Rawas H. Moral Distress in Critical Care Nurses: A Qualitative Study. *International Journal of Security and Networks*. 2019; 4(4): p. 35-42.
37. Rainer J, Schneider J. Testing a Model of Speaking up in Nursing. *Journal of Nursing Administration*. 2020; 50(6): p. 349-354.
38. Ko H, Tseng H, Chin C, Hsu M. Phronesis of nurses: A response to moral distress. *Nursing Ethics*. 2020; 27(1): p. 67-76.

39. Lazzari T, Terzoni S, Destrebecq A, Meani L, Bonetti L, Ferrara P. Moral distress in correctional nurses: A national survey. *Nursing Ethics*. 2020; 27(1): p. 437-452.
40. Rad M, Sedaghati A, Assarroudi A, Akrami R. Moral distress and its influential factors in the nurses of the nursing homes in khorasan provinces in 2019: A descriptive-correlational study. *iranian journal of nursing and midwifery research*. 2020; 25(4): p. 319-325.
41. Prompahakul C, Epstein E. Moral distress experienced by non-Western nurses: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2020; 27(3): p. 778-795.
42. Morley G, Bradbury C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*. 2019; 21(3): p. 269-279.
43. Braga S, Carvalho M, Vasconcelos L. Self-Care of Intensivist Nursing Professionals as a Strategy to Prevent Burnout Syndrome. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*. 2020; 7(6): p. 52-56.
44. Cochran K, Doo K, Squires A, Shah T, Rinne S, Mealer M. Addressing Burnout Syndrome From a Critical Care Specialty Organization Perspective. *AACN Advanced Critical Care*. 2020; 31(2): p. 158-166.
45. Vidotti V, Ribeiro R, Galdino M, Martins J. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2018; 26(3): p. 224-233.
46. Burke K, Claridge K, Bidlen M. Burnout Syndrome in Critical Care Nurses. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2019; 25(2): p. 481-489.
47. Azevedo D, Ferraz M, Ferreira R, Lira J. Risk of Burnout Syndrome in mental health nurses. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2019; 13(2): p. 724-739.
48. Catania G. Review for "The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis". *Canadian Journal of Nursing Research*. 2019; 14(2): p. 1028-1039.
49. Stelcer B, Bilski B. The phenomenon of job stress and burnout syndrome in palliative care. *Medycyna Pracy*. 2020; 71(1): p. 69-78.
50. Martinelli N, Frattolillo M, Sansone V. High prevalence of burnout syndrome in orthopedic nurses in Italy. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2020; 37(2): p. 1007 - 1017.

51. Camerino D. Review for "The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis". *European Journal of Cancer Care*. 2019; 32(3): p. 135-148.
52. Silva A, Sanchez G, Mambrini N, Oliveira M. Predictor variables for burnout among nursing professionals. *Revista de Psicologia*. 2019; 37(1): p. 319-348.
53. Pires F, Vecchia B, Carneiro E, Castro J. Burnout syndrome in emergency room nursing professionals. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2020; 14(4): p. 1028-1039.
54. Santos G, Cargnin M, Tasqueto J, Oliveira B, Hausmann O. Factors associated with Burnout Syndrome in nursing professionals. *Research, Society and Development*. 2020; 9(3): p. 224-233.
55. Baldonado M, Almeida M, Baptista P, Sánchez M. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2019; 27(3): p. 474-483.
56. Mercês M, Coelho J, Lua I, Silva D, Gomes AMT, Erdmann AL, et al. Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(2): p. 474 - 482.
57. Oliveira S, Sousa L, Gadelha M, Nascimento V. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2019; 15(1): p. 64-73.
58. Erwan F, Iqbal M, Hasanuddin I. The analysis of nursing's work systems in relation to burnout syndrome (A case study: nurses in RSUDZA, BLUD RSIA, and RSUD Meuraxa, Banda Aceh, Indonesia). *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*. 2018; 453(1): p. 162-173.
59. Hassan M, Neema M. Impact of Nurses' Burnout Upon Quality of Oncology Nursing Care in Pediatric Teaching Hospital in Baghdad City. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. 2019; 10(6): p. 974-979.
60. Perevezentseva N, Nesterenko O. The effect of burnout syndrome of nurses on the quality of care. *Vestnik Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*. 2019; 24(3): p. 91-94.

61. Velando A, Ortega E, Gómez J, Ramírez L. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*. 2020; 17(1): p. 187-199.
62. Ardiansyah R, Putra F, Soebagyo H, Weu B. Factors Affecting Burnout Syndrome Among Nurses: A Systematic Review. *Jurnal Ners*. 2020; 14(3): p. 272-276.
63. Baldoino L, Ribeiro E, Ribeiro A, Ferreira M. Knowledge of nursing professionals about Burnout syndrome. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2019; 13(2): p. 416-423.
64. Javorac M, Živanović B, Knežević D. Burnout syndrome among intensive care nurses. *Hospital Pharmacology - International Multidisciplinary Journal*. 2019; 6(3): p. 848-856.
65. Avenina V. Professional life quality, burnout syndrome and work organization factors in a sample of Latvian nurses. *Journal of Research in Nursing*. 2018; 22(4): p. 1085-1100.
66. Bakhamis L, Paul D, Smith H, Coustasse A. Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *The health care manager*. 2019; 38(1): p. 3-10.
67. Juliá R, Richart M, García N. Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australasian Emergency Care*. 2019; 22(3): p. 193-199.
68. Kotarba A, Borowiak E. Stress coping styles and occupational burnout syndrome of nurses employed in intensive care units. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*. 2018; 17(4): p. 12-17.
69. Kurowska K, Klatt A. The role of support in struggling with burnout syndrome in a group of oncology nurses. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2019; 32(1): p. 32-37.
70. Vidotti V, Martins J, Galdino M, Ribeiro R. Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermería Global*. 2019; 18(3): p. 344-376.
71. Popper K. *La lógica de la investigación científica*. 1st ed. Madrid : Tecnos ; 1980.
72. Neuman L. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7th ed. Washington D C: Pearson; 2014.
73. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.

74. Bunge M. Ciencia y desarrollo. 1st ed. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1980.
75. Argimon J, Jiménez J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
76. Carrasco S. Metodología de la Investigación Científica. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
77. Sanchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la investigación científica. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
78. Devos E, Lerch V, Lerch G, Tomas J, Sousa A, Domingues C. Psychometric characteristics of the moral distress scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 14(2): p. 1 - 10.
79. DeLaFuente E, Lozanoa L, García E, SanLuis C, Vargas C, Gustavo R. Cañadas G. Development and validation of the Granada Burnout Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2013; 13(1): p. 216 – 225.
80. Öztuna D, Elhan A, Tüccar E. Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power under Different Distributions. *Turk J Med Sci.* 2006; 36(3): p. 171-176.
81. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo.* 2016; 6(3): p. 105-114.
82. Flores P, Muñoz L, Sánchez T. Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Perfiles.* 2019; 21(1): p. 4 - 11.
83. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine.* 2018; 18(1): p. 91 – 93.
84. Dawson B TR. Bioestadística médica. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
85. Robaee N AFAT. Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nursing.* 2018; 17(2): p. 1 - 7.
86. McAndrew N, Leske J, Schroeter K. Moral Distress in Critical Care Nursing: The State of the Science. *Nursing Ethics.* 2016; 25(5): p. 552 - 570.
87. Ramos F BPSA. Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(2): p. 1 - 13.

88. Sirilla J, Thompson K, Yamokoski T. Moral Distress in Nurses Providing Direct Patient Care at an Academic Medical Center. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017; 14(2): p. 128 –135.
89. Santos L, Santana B, Peixoto J, Nunes S. Occupational stress and burnout syndrome in nurses who act in emergency. *International Journal of Family & Community Medicine*. 2020; 4(2): p. 55–57.
90. Paul D, Bakhamis L, Smith H. An American Epidemic: Burnout Syndrome in Hospital Nurses. [Tesis]. Marshall University, Graduate school of health.
91. Ramirez L, Ortega E, Gomez J. A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal Clinical Medicine*. 2019; 8(2): p. 1 - 12.
92. Dimunova L, Sovariova M, Mohnyanszki F. Work-Related Factors Influencing Burnout Syndrome in Nurses. *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2018; 9(1): p. 25 - 30.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS
4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
5. TABLAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
6. OFICIO DE PRESENTACIÓN A LA RED DE SALUD “CONCEPCIÓN”
7. CONSENTIMIENTO INFORMADO
8. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
9. VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTO
10. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE UNA RED DE SALUD

AUTORAS: Olarte Quispe, Marcela Luz
Poma Huachopoma, Laydy Frida

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p> <p>2. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p> <p>3. Establecer la relación entre la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente y el síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>La relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia al riesgo por impericia de los demás; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p> <p>2. La relación entre la angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia a la trasgresión de la autonomía del paciente; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p> <p>3. La relación entre la angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente y el síndrome de burnout es que: a mayor angustia moral en referencia a los entornos de inseguridad para el paciente; mayor síndrome de burnout en enfermeras(os) de la Red de Salud</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación propuesta respondió a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Básica, porque la investigación sólo busco ampliar los conocimientos, sobre la relación entre la angustia moral y el síndrome de burnout.</p> <p>Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos.</p> <p>Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.</p> <p>Observacional, las investigadoras registraron los datos tal como se presentaban en la realidad.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación propuesta fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presumía que la conexión entre estas variables no es fortuita.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Angustia moral en enfermeras</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Síndrome de burnout en enfermeras</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Estado civil - Años de ejercicio de la carrera - Estudios de diplomado/especialidad/post grado - Número de hijos menores - Trabajo adicional 	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población de referencia fueron 110 enfermeras que laboraban en los diferentes establecimientos de la Red de Salud de Concepción y que cumplían determinados criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 80 enfermeras que laboraban en la Red de Salud.</p> <p>PARA VALORAR LA ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS</p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de angustia moral en profesionales de enfermería” elaborado en 2014, por Devos E, Lerch V, Lerch G, Tomas J, Sousa A y Domingues C.</p> <p>PARA VALORAR EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS</p> <p>Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Granada Burnout Questionnaire”, elaborado por: De La Fuente E, Lozano L, García E, SanLuis C, Vargas C, Gustavo R y Cañadas G, en el 2013.</p>

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: ANGUSTIA MORAL EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Angustia moral en enfermeras	Es el estado de malestar subjetivo que percibe la enfermera ante una situación en la que sabe cuál es la forma correcta de actuar, pero no puede intervenir debido a condiciones que impiden cualquier tipo de maniobra.	Riesgo por impericia de los demás	Malestar ante las situaciones en las que el paciente es afectado por la impericia técnica del personal de salud; o porque los profesionales que lo asisten anteponen sus intereses personales e institucionales en detrimento de la salud y bienestar del paciente.	Asistencia a un médico incompetente	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Técnicos de enfermería sin competencia		
				Enfermeras que no tienen competencia		
				Trabajar con médicos con mal desempeño		
				Otros profesionales sin competencia		
				Estudiantes sin competencia		
				Profesionales que solo cumplen horarios		
				Profesionales que solo cumplen normas		
				Institución que solo le importa las apariencias		
				Profesionales deshumanizados		
				Prolongar o reducir la estancia		
		Profesionales que niegan la atención				
		Trasgresión de la autonomía del paciente	Malestar ante situaciones en las que no se respeta la autonomía del paciente y se afecta su libertad y su dignidad como persona.	Administrar tratamiento sin consentimiento		
				Asistencia a un procedimiento sin consentimiento		
				No discutir con el paciente sobre su tratamiento		
				No discutir con la familia el tratamiento del paciente		
				No hablar sobre las posibles complicaciones		
		Entornos de inseguridad para el paciente	Es cuando se expone forma innecesaria a situaciones riesgosas al paciente, ya sea por: la negligencia del personal, por la precariedad de las instalaciones y equipos o la escasez de recursos.	Recurrir a algún medio de presión y chantaje		
				Dar información persuasiva que distorsiona la realidad		
				Tratamiento poco efectivo		
				Tratamiento riesgoso		
				Tratamientos solo para complacer al paciente		
				No tener los materiales		
No tener el equipo necesario						
Necesidad de priorizar a los pacientes						
Necesidad de delegar la atención a la familia						
Delegar la atención a personas inexpertas						
Dar recomendaciones imprecisas						

VARIABLE 2: SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Síndrome de burnout en enfermeras	Es la provisión de recursos, servicios, compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos a la persona enferma por parte un familiar.	Extenuación afectiva	Es el estado en el que la enfermera se ve imposibilitada de generar sentimientos positivos favorables al paciente y a las personas del equipo de salud; ha perdido la capacidad de empatía y es arrastrada por sus emociones negativas	Jornada fatigosa	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Desbordado por el trabajo		
				Final agotador		
				Sensación de nunca salir de trabajar		
				Sensación de ya no poder más		
				Dificultad al iniciar la jornada		
				Creencia de agotamiento		
				Cansancio en el trabajo		
				Creer que el trabajo es demasiado		
		Ausencia existencial	Es el estado en el que la enfermera se aleja mentalmente de la situación e interactúa con las personas como si fueren objetos	Disgusto por compartir con compañeros		
				Disgusto por relacionarse con compañeros		
				Despreocupación por las personas		
				Sensación de alejamiento de los demás		
				Indolente ante las demás		
				Impasible ante los pacientes		
		Pérdida del significado laboral	Es el estado en el que la enfermera percibe que el trabajo que realiza no tiene ningún propósito, ni logra resultados útiles ni para ella ni para nadie.	Impasible ante los compañeros		
				Frustrado con el trabajo		
				Hastiado con el trabajo		
				Insatisfacción con el trabajo		
				Disgusto con el trabajo		
				Desestima por el trabajo		
				Ser un fraude en el trabajo		
				Insignificante en el trabajo		
				Decepción por el trabajo		
				Inutilidad del trabajo		
				Fracaso en los propósitos		

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

VARIABLE 1: ESCALA DE ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	OPCIONES DE RESPUESTA
Angustia moral en enfermeras	Riesgo por impericia de los demás	Asistencia a un médico incompetente	1. Brindar asistencia a un médico que, en su opinión, actúa de manera incompetente con respecto al paciente.	Nulo = 0 Bajo = 1 Moderado = 2 Elevado = 3 Muy elevado = 4
		Técnicos de enfermería sin competencia	2. Trabajar con técnicos / asistentes de enfermería que no poseen la competencia necesaria que requiere la condición del paciente.	
		Enfermeras que no tienen competencia	3. Trabajar con enfermeras que no tienen la competencia para desempeñarse.	
		Trabajar con médicos con mal desempeño	4. Trabajar con médicos que tienen mal desempeño.	
		Otros profesionales sin competencia	5. Trabajar con otros profesionales de salud que no tienen la competencia para desempeñarse.	
		Estudiantes sin competencia	6. Trabajar con estudiantes que no tienen la competencia para desempeñarse.	
		Profesionales que solo cumplen horarios	7. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir su horario de trabajo.	
		Profesionales que solo cumplen normas	8. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir las normas institucionales explícitas.	
		Institución que solo le importa las apariencias	9. Trabajar en una institución que solo le importa mantener las apariencias y no se esmera por brindar una genuina atención de calidad al paciente.	
		Profesionales deshumanizados	10. Trabajar con profesionales de salud que tratan a los pacientes de forma deshumanizada.	
		Prolongar o reducir la estancia	11. Prolongar o reducir la estancia o el tiempo de atención del paciente con la finalidad de favorecer a la institución y sus políticas.	
		Profesionales que niegan la atención	12. Trabajar con profesionales que les niegan la atención a los pacientes, al procurar su comodidad particular.	
	Trasgresión de la autonomía del paciente	Administrar tratamiento sin consentimiento	13. Administrar un tratamiento al paciente con engaños, sabiendo que no se obtuvo el consentimiento para poder administrarlo.	
		Asistencia a un procedimiento sin consentimiento	14. Brindar asistencia a un médico que realiza un procedimiento en el paciente, sin consentimiento informado, incluso de la familia	

		No discutir con el paciente sobre su tratamiento	15. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con el paciente sobre su tratamiento, siendo conscientes que el paciente no fue debidamente informado al respecto.
		No discutir con la familia el tratamiento del paciente	16. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con la familia el tratamiento del paciente, siendo conscientes que los familiares no fueron debidamente informados al respecto, y el paciente carece de discernimiento.
		No hablar sobre las posibles complicaciones	17. Cumplir con la solicitud del médico de no hablar sobre las posibles complicaciones o consecuencias de una determinada enfermedad y su tratamiento, aun cuando este pregunte.
		Recurrir a algún medio de presión y chantaje	18. Recurrir a algún medio de presión y chantaje para que el paciente (permita que su hijo menor de edad siga) acepte seguir determinado tratamiento.
		Dar información persuasiva que distorsiona la realidad	19. Dar información persuasiva que distorsiona la realidad con la finalidad que el paciente acepte (permita que su hijo menor de edad siga) seguir determinado tratamiento.
	Entornos de inseguridad para el paciente	Tratamiento poco efectivo	20. Administrar un tratamiento, sabiendo que hay otros más efectivos o menos dolorosos.
		Tratamiento riesgoso	21. Administrar un tratamiento, sabiendo que es riesgoso, pero el paciente no lo sabe.
		Tratamientos solo para complacer al paciente	22. Administrar tratamientos de poca utilidad, solo para complacer al paciente su familia u otros profesionales de salud.
		No tener los materiales	23. No tener los materiales necesarios para brindar atención al paciente
		No tener el equipo necesario	24. No tener el equipo necesario para satisfacer las necesidades urgentes de un paciente.
		Necesidad de priorizar a los pacientes	25. Necesidad de priorizar a los pacientes a ser atendidos debido a la falta de recursos humanos.
		Necesidad de delegar la atención a la familia	26. Necesidad de delegar la atención de enfermería a los familiares de los pacientes debido a recursos humanos insuficientes.
		Delegar la atención a personas inexpertas	27. Delegar la atención del paciente a personas inexpertas por la falta de personal.
		Dar recomendaciones imprecisas	28. Dar recomendaciones imprecisas sobre algunos fármacos, materiales o equipos poniendo en riesgo la salud de los pacientes.

VARIABLE 2: GRANADA BURNOUT QUESTIONNAIRE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	OPCIONES DE RESPUESTA
Síndrome de burnout en enfermeras	Extenuación afectiva	Jornada fatigosa	1. El trabajo que tengo que realizar cada día es más de lo que es posible realizar en una jornada laboral	Totalmente en desacuerdo = 0 En desacuerdo = 1 Medianamente de acuerdo = 2 De acuerdo = 3 Totalmente de acuerdo = 4
		Desbordado por el trabajo	2. Estoy desbordado por mi trabajo	
		Final agotador	3. Al final de la jornada laboral estoy agotado	
		Sensación de nunca salir de trabajar	4. Al iniciar la jornada laboral me da la sensación de que nunca he salido de trabajar	
		Sensación de ya no poder más	5. Creo que ya no puedo más	
		Dificultad al iniciar la jornada	6. Me cuesta iniciar cada jornada laboral	
		Creencia de agotamiento	7. Estoy agotado por mi trabajo	
		Cansancio en el trabajo	8. Me siento cansado en el trabajo	
		Creer que el trabajo es demasiado	9. Pienso que trabajo demasiado	
	Ausencia existencial	Disgusto por compartir con compañeros	10. No me gusta compartir momentos de ocio con mis compañeros de trabajo	
		Disgusto por relacionarse con compañeros	11. No me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo	
		Despreocupación por las personas	12. No me preocupo por las personas que acuden a mí en mi trabajo	
		Sensación de alejamiento de los demás	13. No me siento cercano a mis compañeros de trabajo, ni facilitan mi labor	
		Indolente ante las demás	14. No soy capaz de comprender a las demás personas	
		Impasible ante los pacientes	15. No soy capaz de comprender las emociones de las personas a las que va dirigido mi trabajo	
		Impasible ante los compañeros	16. No soy capaz de comprender las emociones de los compañeros de trabajo	
		Frustrado con el trabajo	17. El tipo de trabajo que hago me frustra	
		Hastiado con el trabajo	18. Estoy harto de mi trabajo	

	Pérdida del significado laboral	Insatisfacción con el trabajo	19. Al final de la jornada no me siento satisfecho con el trabajo realizado	
		Disgusto con el trabajo	20. Ya no me gusta mi trabajo	
		Desestima por el trabajo	21. Ya no encuentro motivos para sentirme orgulloso de mi trabajo	
		Ser un fraude en el trabajo	22. Ya no me siento realizada en mi trabajo	
		Insignificante en el trabajo	23. Mi trabajo, ya no hace, a que me sienta importante	
		Decepción por el trabajo	24. Mi trabajo me decepciona	
		Inutilidad del trabajo	25. Nada de lo que hago merece la pena	
		Fracaso en los propósitos	26. No he conseguido los logros que me había propuesto al comenzar en mi puesto de empleo	

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad (años):.....

2. Estado civil

- (0) Casado(a)
- (1) Soltero (a)
- (2) Viudo(a)
- (3) Divorciado (a)
- (4) Conviviente

3. Años de ejercicio de la carrera

4. Estudios de diplomado/especialidad/post grado

SiNo

¿Cuál?.....

5. Número de hijos:.....

6. Trabajo adicional

.....

ESCALA DE ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Basada en "DISTRESS SCALE IN BRAZILIAN NURSING PROFESSIONALS" elaborada por: *Devos E, Lerch V, Lerch G, Tomas J, Sousa A y Domingues C; 2014 (78)*

INSTRUCCIONES: a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre situaciones que provocan angustia moral en las enfermeras; marque la opción que más se aproxime a su experiencia personal de acuerdo a la escala que se muestra a continuación.

Nulo	Bajo	Moderado	Elevado	Muy elevado
0	1	2	3	4

RIESGO POR IMPERICIA DE LOS DEMÁS					
<i>El disgusto que siente al: _____; y saber que no puede hacer nada al respecto, es:</i>					
1. Brindar asistencia a un médico que, en su opinión, actúa de manera incompetente con respecto al paciente.	0	1	2	3	4
2. Trabajar con técnicos / asistentes de enfermería que no poseen la competencia necesaria que requiere la condición del paciente.	0	1	2	3	4
3. Trabajar con enfermeras que no tienen la competencia para desempeñarse.	0	1	2	3	4
4. Trabajar con médicos que tienen mal desempeño.	0	1	2	3	4
5. Trabajar con otros profesionales de salud que no tienen la competencia para desempeñarse.	0	1	2	3	4
6. Trabajar con estudiantes que no tienen la competencia para desempeñarse.	0	1	2	3	4
7. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir su horario de trabajo.	0	1	2	3	4
8. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir las normas institucionales explícitas.	0	1	2	3	4
9. Trabajar en una institución que solo le importa mantener las apariencias y no se esmera por brindar una genuina atención de calidad al paciente.	0	1	2	3	4
10. Trabajar con profesionales de salud que tratan a los pacientes de forma deshumanizada.	0	1	2	3	4
11. Prolongar o reducir la estancia o el tiempo de atención del paciente con la finalidad de favorecer a la institución y sus políticas.	0	1	2	3	4
12. Trabajar con profesionales que les niegan la atención a los pacientes, al procurar su comodidad particular.	0	1	2	3	4
TRASGRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE					
<i>El disgusto que siente al: _____; y saber que no puede hacer nada al respecto, es:</i>					
13. Administrar un tratamiento al paciente con engaños, sabiendo que no se obtuvo el consentimiento para poder administrarlo.	0	1	2	3	4
14. Brindar asistencia a un médico que realiza un procedimiento en el paciente, sin consentimiento informado, incluso de la familia	0	1	2	3	4

15. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con el paciente sobre su tratamiento, siendo conscientes que el paciente no fue debidamente informado al respecto.	0	1	2	3	4
16. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con la familia el tratamiento del paciente, siendo conscientes que los familiares no fueron debidamente informados al respecto, y el paciente carece de discernimiento.	0	1	2	3	4
17. Cumplir con la solicitud del médico de no hablar sobre las posibles complicaciones o consecuencias de una determinada enfermedad y su tratamiento, aun cuando este pregunte.	0	1	2	3	4
18. Recurrir a algún medio de presión y chantaje para que el paciente (permita que su hijo menor de edad siga) acepte seguir determinado tratamiento.	0	1	2	3	4
19. Dar información persuasiva que distorsiona la realidad con la finalidad que el paciente acepte (permita que su hijo menor de edad siga) seguir determinado tratamiento.	0	1	2	3	4
ENTORNOS DE INSEGURIDAD PARA EL PACIENTE					
<i>El disgusto que siente al: _____; y saber que no puede hacer nada al respecto, es:</i>					
20. Administrar un tratamiento, sabiendo que hay otros más efectivos o menos dolorosos.	0	1	2	3	4
21. Administrar un tratamiento, sabiendo que es riesgoso, pero el paciente no lo sabe.	0	1	2	3	4
22. Administrar tratamientos de poca utilidad, solo para complacer al paciente su familia u otros profesionales de salud.	0	1	2	3	4
23. No tener los materiales necesarios para brindar atención al paciente	0	1	2	3	4
24. No tener el equipo necesario para satisfacer las necesidades urgentes de un paciente.	0	1	2	3	4
25. Necesidad de priorizar a los pacientes a ser atendidos debido a la falta de recursos humanos.	0	1	2	3	4
26. Necesidad de delegar la atención de enfermería a los familiares de los pacientes debido a recursos humanos insuficientes.	0	1	2	3	4
27. Delegar la atención del paciente a personas inexpertas por la falta de personal.	0	1	2	3	4
28. Dar recomendaciones imprecisas sobre algunos fármacos, materiales o equipos poniendo en riesgo la salud de los pacientes.	0	1	2	3	4

...GRACIAS

BAREMOS:

De 0 a 22.4	Ninguna angustia moral
De 22.5 a 44.8	Baja angustia moral
De 44.9 a 67.2	Regular angustia moral
De 67.3 a 89.6	Alta angustia moral
De 89.7 a 112	Muy alta angustia moral

GRANADA BURNOUT QUESTIONNAIRE

Elaborado por: De La Fuente E, Lozano L, García E, SanLuis C, Vargas C, Gustavo R y Cañadas G, 2013
(79)

INSTRUCCIONES: a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre sensaciones y percepciones personales relacionadas a su trabajo; marque la opción que más se ajusta a su realidad de acuerdo a siguiente escala:

0	1	2	3	4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

Nota: no hay respuestas buenas ni malas, el cuestionario es anónimo.

EXTENUACIÓN AFECTIVA					
1. El trabajo que tengo que realizar cada día es más de lo que es posible realizar en una jornada laboral	0	1	2	3	4
2. Estoy desbordado por mi trabajo	0	1	2	3	4
3. Al final de la jornada laboral estoy agotado	0	1	2	3	4
4. Al iniciar la jornada laboral me da la sensación de que nunca he salido de trabajar	0	1	2	3	4
5. Creo que ya no puedo más	0	1	2	3	4
6. Me cuesta iniciar cada jornada laboral	0	1	2	3	4
7. Estoy agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado en el trabajo	0	1	2	3	4
9. Pienso que trabajo demasiado	0	1	2	3	4
AUSENCIA EXISTENCIAL					
10. No me gusta compartir momentos de ocio con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3	4
11. No me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3	4
12. No me preocupo por las personas que acuden a mí en mi trabajo	0	1	2	3	4
13. No me siento cercano a mis compañeros de trabajo, ni facilitan mi labor	0	1	2	3	4
14. No soy capaz de comprender a las demás personas	0	1	2	3	4
15. No soy capaz de comprender las emociones de las personas a las que va dirigido mi trabajo	0	1	2	3	4
16. No soy capaz de comprender las emociones de los compañeros de trabajo	0	1	2	3	4
PÉRDIDA DEL SIGNIFICADO LABORAL					
17. El tipo de trabajo que hago me frustra	0	1	2	3	4

18. Estoy harto de mi trabajo	0	1	2	3	4
19. Al final de la jornada no me siento satisfecho con el trabajo realizado	0	1	2	3	4
20. Ya no me gusta mi trabajo	0	1	2	3	4
21. Ya no encuentro motivos para sentirme orgulloso de mi trabajo	0	1	2	3	4
22. Ya no me siento realizada en mi trabajo	0	1	2	3	4
23. Mi trabajo, ya no hace, a que me sienta importante	0	1	2	3	4
24. Mi trabajo me decepciona	0	1	2	3	4
25. Nada de lo que hago merece la pena	0	1	2	3	4
26. No he conseguido los logros que me había propuesto al comenzar en mi puesto de empleo	0	1	2	3	4

.....GRACIAS

BAREMOS

De 0 a 20.8	Ningún síndrome de burnout
De 20.9 a 41.6	Bajo síndrome de burnout
De 41.7 a 62.4	Moderado síndrome burnout
De 62.5 a 83.2	Manifiesto síndrome de burnout
De 83.3 a 104	Severo síndrome de burnout

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA “ESCALA DE ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.751
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	6974.238
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Brindar asistencia a un médico que, en su opinión, actúa de manera incompetente con respecto al paciente.	0.591		
2. Trabajar con técnicos / asistentes de enfermería que no poseen la competencia necesaria que requiere la condición del paciente.	0.597		
3. Trabajar con enfermeras que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.594		
4. Trabajar con médicos que tienen mal desempeño.	0.592		
5. Trabajar con otros profesionales de salud que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.592		
6. Trabajar con estudiantes que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.598		
7. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir su horario de trabajo.	0.586		
8. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir las normas institucionales explícitas.	0.602		
9. Trabajar en una institución que solo le importa mantener las apariencias y no se esmera por brindar una genuina atención de calidad al paciente.	0.596		
10. Trabajar con profesionales de salud que tratan a los pacientes de forma deshumanizada.	0.592		
11. Prolongar o reducir la estancia o el tiempo de atención del paciente con la finalidad de favorecer a la institución y sus políticas.	0.601		
12. Trabajar con profesionales que les niegan la atención a los pacientes, al procurar su comodidad particular.	0.589		
13. Administrar un tratamiento al paciente con engaños, sabiendo que no se obtuvo el consentimiento para poder administrarlo.		0.599	
14. Brindar asistencia a un médico que realiza un procedimiento en el paciente, sin consentimiento informado, incluso de la familia		0.589	
15. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con el paciente sobre su tratamiento, siendo conscientes que el paciente no fue debidamente informado al respecto.		0.603	
16. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con la familia el tratamiento del paciente, siendo conscientes que los familiares no fueron debidamente informados al respecto, y el paciente carece de discernimiento.		0.589	

17. Cumplir con la solicitud del médico de no hablar sobre las posibles complicaciones o consecuencias de una determinada enfermedad y su tratamiento, aun cuando este pregunte.		0.599	
18. Recurrir a algún medio de presión y chantaje para que el paciente (permita que su hijo menor de edad siga) acepte seguir determinado tratamiento.		0.592	
19. Dar información persuasiva que distorsiona la realidad con la finalidad que el paciente acepte (permita que su hijo menor de edad siga) seguir determinado tratamiento.		0.597	
20. Administrar un tratamiento, sabiendo que hay otros más efectivos o menos dolorosos.			0.587
21. Administrar un tratamiento, sabiendo que es riesgoso, pero el paciente no lo sabe.			0.597
22. Administrar tratamientos de poca utilidad, solo para complacer al paciente su familia u otros profesionales de salud.			0.598
23. No tener los materiales necesarios para brindar atención al paciente			0.584
24. No tener el equipo necesario para satisfacer las necesidades urgentes de un paciente.			0.589
25. Necesidad de priorizar a los pacientes a ser atendidos debido a la falta de recursos humanos.			0.582
26. Necesidad de delegar la atención de enfermería a los familiares de los pacientes debido a recursos humanos insuficientes.			0.588
27. Delegar la atención del paciente a personas inexpertas por la falta de personal.			0.591
28. Dar recomendaciones imprecisas sobre algunos fármacos, materiales o equipos poniendo en riesgo la salud de los pacientes.			0.583
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

CONFIABILIDAD DE LA “ESCALA DE ANGUSTIA MORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA”

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	28

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Brindar asistencia a un médico que, en su opinión, actúa de manera incompetente con respecto al paciente.	0.765
2. Trabajar con técnicos / asistentes de enfermería que no poseen la competencia necesaria que requiere la condición del paciente.	0.720
3. Trabajar con enfermeras que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.746
4. Trabajar con médicos que tienen mal desempeño.	0.780
5. Trabajar con otros profesionales de salud que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.804
6. Trabajar con estudiantes que no tienen la competencia para desempeñarse.	0.796
7. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir su horario de trabajo.	0.778
8. Trabajar con profesionales de salud que no se esmeran en su labor y solo quieren cumplir las normas institucionales explícitas.	0.719
9. Trabajar en una institución que solo le importa mantener las apariencias y no se esmera por brindar una genuina atención de calidad al paciente.	0.808
10. Trabajar con profesionales de salud que tratan a los pacientes de forma deshumanizada.	0.760
11. Prolongar o reducir la estancia o el tiempo de atención del paciente con la finalidad de favorecer a la institución y sus políticas.	0.819
12. Trabajar con profesionales que les niegan la atención a los pacientes, al procurar su comodidad particular.	0.807
13. Administrar un tratamiento al paciente con engaños, sabiendo que no se obtuvo el consentimiento para poder administrarlo.	0.755
14. Brindar asistencia a un médico que realiza un procedimiento en el paciente, sin consentimiento informado, incluso de la familia	0.817
15. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con el paciente sobre su tratamiento, siendo conscientes que el paciente no fue debidamente informado al respecto.	0.796
16. Cumplir con la solicitud del médico de no discutir con la familia el tratamiento del paciente, siendo conscientes que los familiares no fueron debidamente informados al respecto, y el paciente carece de discernimiento.	0.740
17. Cumplir con la solicitud del médico de no hablar sobre las posibles complicaciones o consecuencias de una determinada enfermedad y su tratamiento, aun cuando este pregunte.	0.729
18. Recurrir a algún medio de presión y chantaje para que el paciente (permita que su hijo menor de edad siga) acepte seguir determinado tratamiento.	0.748
19. Dar información persuasiva que distorsiona la realidad con la finalidad que el paciente acepte (permita que su hijo menor de edad siga) seguir determinado tratamiento.	0.825
20. Administrar un tratamiento, sabiendo que hay otros más efectivos o menos dolorosos.	0.779
21. Administrar un tratamiento, sabiendo que es riesgoso, pero el paciente no lo sabe.	0.781
22. Administrar tratamientos de poca utilidad, solo para complacer al paciente su familia u otros profesionales de salud.	0.749
23. No tener los materiales necesarios para brindar atención al paciente	0.822
24. No tener el equipo necesario para satisfacer las necesidades urgentes de un paciente.	0.824
25. Necesidad de priorizar a los pacientes a ser atendidos debido a la falta de recursos humanos.	0.811
26. Necesidad de delegar la atención de enfermería a los familiares de los pacientes debido a recursos humanos insuficientes.	0.826
27. Delegar la atención del paciente a personas inexpertas por la falta de personal.	0.706
28. Dar recomendaciones imprecisas sobre algunos fármacos, materiales o equipos poniendo en riesgo la salud de los pacientes.	0.763

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto considerando a 30 enfermeras de la Microred de Salud “Chilca”; 2020.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "GRANADA BURNOUT QUESTIONNAIRE"

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.847
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	96734.531
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. El trabajo que tengo que realizar cada día es más de lo que es posible realizar en una jornada laboral			
2. Estoy desbordado por mi trabajo	0.592		
3. Al final de la jornada laboral estoy agotado	0.598		
4. Al iniciar la jornada laboral me da la sensación de que nunca he salido de trabajar	0.586		
5. Creo que ya no puedo más	0.602		
6. Me cuesta iniciar cada jornada laboral	0.596		
7. Estoy agotado por mi trabajo	0.592		
8. Me siento cansado en el trabajo	0.601		
9. Pienso que trabajo demasiado	0.589		
10. No me gusta compartir momentos de ocio con mis compañeros de trabajo		0.512	
11. No me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo		0.579	
12. No me preocupo por las personas que acuden a mí en mi trabajo		0.611	
13. No me siento cercano a mis compañeros de trabajo, ni facilitan mi labor		0.698	
14. No soy capaz de comprender a las demás personas		0.592	
15. No soy capaz de comprender las emociones de las personas a las que va dirigido mi trabajo		0.601	
16. No soy capaz de comprender las emociones de los compañeros de trabajo		0.589	
17. El tipo de trabajo que hago me frustra			0.589
18. Estoy harto de mi trabajo			0.603
19. Al final de la jornada no me siento satisfecho con el trabajo realizado			0.589
20. Ya no me gusta mi trabajo			0.599
21. Ya no encuentro motivos para sentirme orgulloso de mi trabajo			0.592
22. Ya no me siento realizada en mi trabajo			0.597
23. Mi trabajo, ya no hace, a que me sienta importante			0.588
24. Mi trabajo me decepciona			0.583
25. Nada de lo que hago merece la pena			0.587
26. No he conseguido los logros que me había propuesto al comenzar en mi puesto de empleo			0.589

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

CONFIABILIDAD DEL "GRANADA BURNOUT QUESTIONNAIRE"

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,839	26

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. El trabajo que tengo que realizar cada día es más de lo que es posible realizar en una jornada laboral	0.772
2. Estoy desbordado por mi trabajo	0.712
3. Al final de la jornada laboral estoy agotado	0.811
4. Al iniciar la jornada laboral me da la sensación de que nunca he salido de trabajar	0.726
5. Creo que ya no puedo más	0.714
6. Me cuesta iniciar cada jornada laboral	0.701
7. Estoy agotado por mi trabajo	0.719
8. Me siento cansado en el trabajo	0.813
9. Pienso que trabajo demasiado	0.797
10. No me gusta compartir momentos de ocio con mis compañeros de trabajo	0.794
11. No me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo	0.753
12. No me preocupo por las personas que acuden a mí en mi trabajo	0.792
13. No me siento cercano a mis compañeros de trabajo, ni facilitan mi labor	0.775
14. No soy capaz de comprender a las demás personas	0.735
15. No soy capaz de comprender las emociones de las personas a las que va dirigido mi trabajo	0.705
16. No soy capaz de comprender las emociones de los compañeros de trabajo	0.788
17. El tipo de trabajo que hago me frustra	0.750
18. Estoy harto de mi trabajo	0.708
19. Al final de la jornada no me siento satisfecho con el trabajo realizado	0.747
20. Ya no me gusta mi trabajo	0.747
21. Ya no encuentro motivos para sentirme orgulloso de mi trabajo	0.705
22. Ya no me siento realizada en mi trabajo	0.718
23. Mi trabajo, ya no hace, a que me sienta importante	0.732
24. Mi trabajo me decepciona	0.726
25. Nada de lo que hago merece la pena	0.798
26. No he conseguido los logros que me había propuesto al comenzar en mi puesto de empleo	0.721
1. El trabajo que tengo que realizar cada día es más de lo que es posible realizar en una jornada laboral	0.788
2. Estoy desbordado por mi trabajo	0.713
3. Al final de la jornada laboral estoy agotado	0.729

4. Al iniciar la jornada laboral me da la sensación de que nunca he salido de trabajar	0.798
5. Creo que ya no puedo más	0.755
6. Me cuesta iniciar cada jornada laboral	0.700
7. Estoy agotado por mi trabajo	0.792
8. Me siento cansado en el trabajo	0.778

Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto considerando a 30 enfermeras de la Microred de Salud "Chilca"; 2020.

ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA RED DE SALUD "CONCEPCIÓN"



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Huancayo, 15 de enero de 2021

OFICIO N° 0018-2021-FCS-ENF-UPLA

Señor:

Dr. Diego Matos Knutzen

JEFE DE LA RED DE SALUD DE CONCEPCIÓN

Presente.-

ASUNTO : SOLICITO APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE UNA RED DE SALUD"

DOC. REF. : RESOLUCIÓN N° 2441-DFCC.SS.-UPLA-2020

Con especial agrado me dirijo a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes; al mismo tiempo, tengo a bien comunicar¹ que se ha aprobado la inscripción del Proyecto de Investigación titulado: "Angustia Moral y Síndrome de Burnout en enfermeras de una Red de Salud", presentado por las señoritas: Olarte Quispe Marcela Luz y Poma Huachopoma Laydy Frida, bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, aprobado mediante la Resolución N° 2441-DFCC.SS.-UPLA-2020 de fecha 16.12.2020.

Por tanto, solicito que se autorice a las bachilleres antes mencionadas para que apliquen el instrumento de recolección de datos (encuesta) de la Tesis antes citada en su prestigiosa institución con la finalidad de que elaboren el Informe Final correspondiente.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterar mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tania Luz Vilchez Cuevas
M^g. TANIA LUZ VILCHEZ CUEVAS
DIRECTORA



RECIBIDO 22/10/21

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNTA
RED DE SALUD VALLE DEL MANTAR
MICRO RED CONCEPCIÓN

Diego A. Matos Knutzen
D^o DIEGO A. MATOS KNUTZEN
JEFE DE RED
C. N.º. 41299

¹ Artículo 2069, inciso b) de la Constitución del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Universidad Peruana Los Andes



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “ANGUSTIA MORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE UNA RED DE SALUD”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: “Olarte Quispe, Marcela Luz y Poma Huachopoma, Laydy Frida”

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, de 2021.



(PARTICIPANTE)
Apellidos y nombres:
N° DNI:

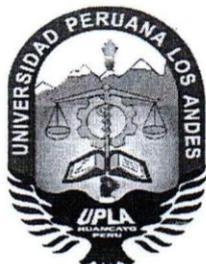
1. Responsable de investigación
Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:

2. Responsable de investigación
Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:

3. Asesor(a) de investigación
Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Laydy Frida Poma Huachopoma identificado (a) con DNI 75247422 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Angustia Moral y Síndrome de Burnout en enfermeras de una Red de Salud", en ese contexto

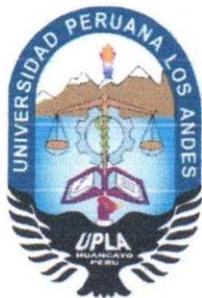
declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de Marzo del 2021.



Laydy Frida Poma Huachopoma
Nombre y Apellidos. Laydy Frida Poma Huachopoma
Responsable de investigación

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Marcela Luz Olarte Quispe, identificado (a) con DNI 47862495 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Angustia Moral y el Síndrome de Burnout en enfermeras(os) de una Red de Salud", en ese contexto

declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de 03 del 2021.



Nombre y Apellidos. Marcela Luz Olarte Quispe

Responsable de investigación

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto): Rivera Munive Yulissa Yaneth
 1.2. Grado Académico: Especialista en Neonatología
 1.3 Profesión: Lic. Enfermería
 1.4. Institución donde labora: Centro de Salud Nanamari
 1.5. Cargo que desempeña: Coordinadora de TBC
 1.6. Denominación del Instrumento: Granada Burnout Questionnaire

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					18	
SUMATORIA TOTAL					18	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 18

3.2. Opinión:

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 06 de mayo del 2021



Yulissa
 Lic. Enf. Yulissa Y. Rivera Munive
 ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
 CEP 068625 - REE 019220

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Rivera Munive Yulissa Yaneth

DNI

44076001

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Ponce Padilla Michael Orlando
 1.2. Grado Académico : Especialista en Epidemiología
 1.3 Profesión : h.c. Epidemiología
 1.4. Institución donde labora : Hospital Satipo
 1.5. Cargo que desempeña : Jefertera de Epidemiología
 1.6. Denominación del Instrumento : Granada Burnout Questionnaire

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					12	03
SUMATORIA TOTAL					20	20

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 20.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 06 de Mayo de 2021...

GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
 DIRECCIÓN HOSPITAL MAHA SANTIAGO
 DR. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA
 EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
 RNEF 020816

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

Michael Orlando Ponce Padilla
20040578

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto): Ponce Padilla Michael Orlando
 1.2 Grado Académico: Especialista en Epidemiología
 1.3 Profesión: Mi. Enfermería
 1.4 Institución donde labora: Hospital Sotipo
 1.5 Cargo que desempeña: Jeftatura de Epidemiología
 1.6 Denominación del Instrumento: Escala de Angustia Mas en profesionales de enfermería

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					12	08
SUMATORIA TOTAL					20	20

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa:.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

.....

.....

Huancayo, 06 de Mayo de 2021.....

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI


Ponce Padilla Michael Orlando
20040578

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Eraza Condori Holga
- 1.2. Grado Académico : Lic. en Enfermería
- 1.3 Profesión : Enfermera
- 1.4. Institución donde labora : P.S. Pompa Mandarin
- 1.5. Cargo que desempeña : Lic. en Enfermería - Jefa del establecimiento de salud
- 1.6. Denominación del Instrumento : Escala de Angustia Moral en Profesionales de Enfermería

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					15	4
SUMATORIA TOTAL						19

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 19

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones: Ninguna

Huancayo, 08 de Mayo del 2021

FIRMA Y SELLO



APELLIDOS Y NOMBRES

Eraza Condori Holga

DNI

48040531

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Erazo Condori Holga
 1.2. Grado Académico : Lic. en Enfermería
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4. Institución donde labora : P.S. Pampa Mandarina
 1.5. Cargo que desempeña : Lic. en Enfermería - Jefa del establecimiento de salud
 1.6. Denominación del Instrumento : Granada Burnout Questionnaire

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					15	4
SUMATORIA TOTAL						19

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa : 19
 3.2. Opinión :
 FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones: Ninguno

Huancayo, 08 de Mayo del 2021



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Erazo Condori Holga

DNI

48040531

ANEXO 10: REGISTRO FOTOGRÁFICO

FOTO: 01



FOTO: 02

