



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

**RELACIÓN SÍNDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA
DE CUIDADOS OTORGADOS POR ENFERMERO/AS DE UN CENTRO
ASISTENCIAL DEL SUR DE CHILE, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR
COVID-19.**

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magister en Enfermería

POR: DENYS ARACELLY VALDEBENITO ARANEDA

Profesor Guía: Dra. Varinia Alejandra Rodríguez Campo

enero 2023

Concepción, Chile

©2023 Denys Aracelly Valdebenito Araneda

©2023 Denys Aracelly Valdebenito Araneda

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magister en Enfermería de la
Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía

Varinia Alejandra Rodríguez Campo

Doctora en Enfermería

Evaluador Interno

Angélica Beatriz Melita Rodríguez

Doctora en Enfermería

Evaluador Externo

José Rolando Sánchez Rodríguez

Doctor en Enfermería

Directora Programa Magíster

Patricia Cid Henríquez

Doctora en Enfermería

Le dedico esta investigación a todos mis colegas enfermeros (as), que realizan su trabajo con amor y dedicación, a pesar de las dolencias físicas y psicológicas que escondemos, para obtener al final del día, un sonrisa de agradecimiento por nuestro sacrificio.

También quiero dedicar esta investigación a mi hijo Martín, quien es mi impulso, mi motivación, mis alegrías y mis tristezas, es quien me obliga a esforzarme día a día, para ser la mejor versión de mí.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecerme a mí, por el esfuerzo, por la dedicación, por las alegrías y tristezas que he sobrellevado durante todo este proceso, que no decaí a pesar de no querer continuar, que luche hasta poder llegar al final del camino. Al ver hacia atrás me doy cuenta que todo cobra forma y sentido.

En segundo lugar quiero agradecer a mi profesora guía la Dra. Varinia Rodríguez, quien me motivaba constantemente a seguir adelante, quien tuvo la paciencia y dedicación en todo momento y que no soltó mi mano a pesar de la distancia que nos separaba.

En tercer lugar quiero agradecer a mi pareja, mi Mario, quien me alentaba todos los días, incluso en aquellos no tan buenos: él fue un apoyo incondicional en todo este proceso.

Finalmente quiero agradecer a todos los docentes que fueron parte de mi formación académica y de esta investigación, que aportaron con un granito de arena, para lograr formar mi castillo. Mención especial para el docente Luis Humberto Luengo Machuca, quien me apoyó en el procesamiento estadístico de los datos, ya que sin su ayuda esta investigación no hubiese llegado a término. Agradecida de cada una de las personas que fueron parte de esta linda investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I.....	16
I.1 INTRODUCCIÓN.....	16
I.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	21
I.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	26
I.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	31
I.5 MARCO REFERENCIAL.....	31
I.5.1 Marco conceptual.....	31
I.5.2 Marco teórico.....	39
I.5.3 Marco Empírico.....	61
I.5.4 Construcción del objeto de estudio.....	73
CAPITULO II.....	75
II.1 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
II.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
II.2.1 Objetivo General.....	76
II.2.2 Objetivos Específicos.....	76
II.3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	78
II.4 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	79
II.5 SUJETO Y METODO.....	80
II.5.1 Diseño de Investigación.....	80
II.5.2 Unidad de Análisis.....	80
II.5.3 Población:.....	80
II.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION.....	83
II.6.1 Criterios de Inclusión.....	83
II.6.2 Criterios de Exclusión.....	83
II.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	84
II.8 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.....	87

II.8.1 Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	87
II.8.2 Caring Efficacy Scale (CES).....	89
II.9 PLAN DE ANALISIS	92
II.10 PRUEBA PILOTO	94
II.10.1 Análisis Prueba Piloto.....	96
II.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	98
II.12 PLAN DE TRABAJO	105
CAPITULO III	106
III.1 ANALISIS DE RESULTADOS	106
III.1.1 Análisis de resultados según objetivos.....	107
III.1.2 Contraste de Hipótesis	140
III.2 DISCUSION.....	144
III.3 CONCLUSION.....	161
III.4 LIMITACIONES	164
CAPITULO IV.....	165
IV.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
IV.2 ANEXOS	192
IV.2.1 ANEXO N°1 DEFINICIÓN NOMINAL (N) Y OPERACIONAL (O) DE VARIABLES	192
IV.2.2 ANEXO N°2 INFOGRAFIA DE INVITACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	199
IV.2.3 ANEXO N°3: CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES.....	200
IV.2.4 ANEXO N°4: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO	203
IV.2.5 ANEXO N°5: CARING EFFICACY SCALE	204
IV.2.6 ANEXO N°6: INFOGRAFIA INVITACIÓN PRUEBA PILOTO	206
IV.2.7 ANEXO N°7 CARTA SOLICITUD DIRECTOR COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VICTOR RIOS RUIZ (CAVRR).....	207
IV.2.8 ANEXO N°8 CARTA SOLICITUD PARA DIRECTOR DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VICTOR RIOS RUIZ (CAVRR) POR DIRECTORA DEL PRORAMA MAGISTER EN ENFERMERIA	210

IV.2.9 ANEXO N°9 CARTA TIPO DE EXPRESIÓN DE INTERES DIRECTOR CAVRR	212
IV.2.10 ANEXO N°10 FLUJOGRAMA NIVELES CRITICOS DE SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO	213
IV.2.11 ANEXO N°11 CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA PILOTO	214
IV.2.12 ANEXO N°12 CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	218
IV.2.13 ANEXO N°13 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION POR COMITÉ ETICO CIENTIFICO (CEC) DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCION	222
IV.2.14 ANEXO N°14 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION POR EL COMITÉ DE ÉTICA. BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN	225
IV.2.15 ANEXO N°15 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION POR DIRECTOR COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUÍZ.....	228
IV.2.16 ANEXO N°16 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION POR COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO SERVICIO DE SALUD BÍO BÍO.	229

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de los componentes PIO en la búsqueda bibliográfica. ..	65
Tabla 2: Población de Profesionales de Enfermería del CAVRR.	81
Tabla 3: Plan de trabajo.	105
Tabla 4: Distribución de enfermeros (as), según las características biosociodemográficas.	107
Tabla 5: Distribución de enfermeros (as), según las características laborales.	109
Tabla 6: Puntuación total de Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y percentiles en enfermeros (as).	112
Tabla 7: Niveles de subescalas que conforman el Cuestionario Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT): Ilusión por el trabajo (IT), desgaste psíquico (DP), indolencia (IN) y culpa (C), en enfermeros (as).	113
Tabla 8: Perfiles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as), según subescala culpa (C).	114
Tabla 9: Distribución de enfermeros (as) por servicio clínico, que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19.	115
Tabla 10: Distribución de niveles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as) según servicio clínico en el que se desempeñan. .	117
Tabla 11: Niveles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as), según atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.	118
Tabla 12: Niveles de subescala del Cuestionario del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT) en enfermeros (as), según atención y no atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.	119
Tabla 13: Relación entre el Síndrome Quemarse por el Trabajo (SQT) y variables biosociodemográficas.	121

Tabla 14: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y variables laborales.	124
Tabla 15: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), según subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI).	128
Tabla 16: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), según subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), por servicio clínico.	130
Tabla 17: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), en enfermeros (as), según atención y no atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.	132
Tabla 18: Relación entre los niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), y variables biosociodemográficas.	135
Tabla 19: Relación entre niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), y variables laborales.	138
Tabla 20: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) y atención a pacientes con / sin diagnóstico de COVID-19.	140
Tabla 21: Relación entre percepción de autoeficacia de cuidados y atención directa de pacientes con / sin diagnóstico de COVID-19.	141
Tabla 22: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.	142

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: El estrés como respuesta.	34
Ilustración 2: Modelo de interacción entre demandas y control.	44
Ilustración 3: Asociación Modelo de Selye “Síndrome General Adaptativo”. “Teoría del Cuidado Transpersonal” de Jean Watson y la “Teoría de Autoeficacia percibida” de Bandura.	60
Ilustración 4: Flujo de PRISMA selección / exclusión de artículos.	67
Ilustración 5: Percepción de autoeficacia de enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC).	126
Ilustración 6: Percepción de autoeficacia de enfermeros (as), subdimensión dudas e inquietudes (SDI).....	127

Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por enfermero/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19.

RESUMEN

Introducción: Cuando el estrés se relaciona con el trabajo y llega a ser crónico recibe el nombre de Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo. La pandemia por SARS - COV 2, ha expuesto al profesional de enfermería al desarrollo de este síndrome, pudiendo interferir en el cuidado otorgado. **Objetivo:** Analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19. **Material y Método:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, correlacional. Se realizó un Censo de los profesionales de enfermería que ejercen labores clínicas en Servicios COVID-19 y Servicios No COVID, con participación voluntaria, previa firma de consentimiento informado. Se realizó encuesta vía online a través de la plataforma Google Forms. Se aplicó el “Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” de

Pedro R. Gil-Monte-y el “Caring Efficacy Scale” desarrollado por Carolie Coates, ambos validados en Chile. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial a través del programa estadístico IBM SPSSV22 y EPIDAT. Se resguardaron los derechos y respeto a la dignidad humana a través de los 8 requisitos éticos de Ezequiel Emanuel basados en las Normas CIOMS. **Resultados:** Predominaron los niveles medio y crítico del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en los profesionales que ejercían labores en Servicios COVID-19 y No COVID La percepción de autoeficacia de cuidados otorgados fue alta para ambos grupos. **Conclusión:** Es indispensable identificar las fuentes generadoras de estrés, para reducir los riesgos laborales en especial la aparición del SQT, para así reforzar la autoeficacia y obtener cuidados eficaces y eficientes en la atención otorgada al usuario receptor de los cuidados.

Palabras claves: Agotamiento psicológico; Autoeficacia; Personal de enfermería en Hospital; Atención de enfermería; Infecciones por Coronavirus.

Relationship between Burnout Syndrome and perception of Self-efficacy of care provided by nurses from a Care Center in the South of Chile, in times of the COVID-19 pandemic.

ABSTRACT

Introduction: When stress is related to work and becomes chronic, it is called Burnout Syndrome or Work Burn Syndrome. The SARS - COV 2 pandemic has exposed the nursing professional to the development of this syndrome, which may interfere with the care provided. **Objective:** To analyze the relationship between Burnout Syndrome and Perception of self-efficacy of care provided by nurses from a Care Center in the South of Chile, during the COVID-19 pandemic. **Material and Method:** Observational, cross-sectional, descriptive, correlational study. A Census of nursing professionals who perform clinical work in COVID-19 Services and Non-COVID Services was carried out, with voluntary participation, after signing informed consent. The survey was conducted online through the Google Forms platform. The "Questionnaire for the evaluation of Burnout Syndrome" by Pedro R. Gil-Monte and the "Caring Efficacy Scale" developed by Carolie Coates, both validated in Chile, were applied. Descriptive and inferential statistics were applied through the IBM SPSSV22 and EPIDAT

statistical program. The rights and respect for human dignity were safeguarded through the 8 ethical requirements of Ezequiel Emanuel based on the CIOMS Standards. **Results:** The medium and critical levels of Burnout Syndrome predominated in professionals who worked in COVID-19 and Non-COVID Services. The perception of self-efficacy of care provided was high for both groups. **Conclusion:** It is essential to identify the sources of stress, to reduce occupational hazards, especially the appearance of burnout, in order to reinforce self-efficacy and obtain effective and efficient care in the care provided to the recipient of care.

Keywords: Psychological exhaustion; Self-efficacy; Hospital nursing staff; Nursing care; Coronavirus infections.

CAPITULO I

I.1 INTRODUCCIÓN

El cuidado históricamente ha sido inherente al ser humano, quien desde antes del nacimiento cuida a sus semejantes y también durante todo su crecimiento y desarrollo¹, incluye dos grandes términos, “care” y “caring”, donde el primero se refiere a la acción de cuidar, al segundo se le suma un sentido y una intencionalidad más humanitaria, que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y la comunicación; siendo Florence Nightingale, quien lo transforma en una ciencia², otorgando las bases para su profesionalización a través de la enfermería.

La enfermería profesional en Chile lleva consigo la Gestión del Cuidado (GC), función que por excelencia distingue a la enfermería de otras profesiones, siendo reconocido por la legislación, al incorporarse al Código Sanitario, en su artículo 113, el 16 de Diciembre de 1997, donde se explicita que " Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico

y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”³. Es evidente, que la legislación le asigna a la profesión de enfermería tres funciones distintas: “ la primera (Gestión del Cuidado) de carácter autónomo y exclusiva de las enfermeras (os); la segunda (ejecutar las acciones) se refiere a una función de colaboración médica y la tercera (el deber de velar...) de inminente carácter garantista que si bien la esencia de todo profesional de la salud cobra, en la profesión enfermera, un sentido especial ya que dice relación con "la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente", sustentando el ejercicio profesional de la enfermera (o), en su disciplina, la ciencia de cuidar³.

La norma general administrativa N° 19⁴, emitida en colaboración por el Colegio de Enfermeras de Chile y el Ministerio de Salud (MINSAL), explicita que la gestión del cuidado se define como *la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguran la continuidad de la atención y se sustentan en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución*⁴; lo que le permite brindar un cuidado planificado, utilizando los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias; movilizandolos recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona, asegurando la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y a su familia⁵. En suma, no existe otra profesión que otorgue cuidados

óptimos para el usuario que utiliza los sistemas sanitarios, que no sea el profesional de enfermería.

En medio del ejercicio profesional, enmarcado en su rol de “gestor del cuidado”, el enfermero (a) debe cumplir con una serie de actividades derivadas de dicha gestión en sus diversas áreas de trabajo y es así como diariamente se ven enfrentados con una diversidad de situaciones asistenciales que exigen alto nivel de adaptación, en algunos casos esta conciliación puede resultar difícil e incluso imposible de cumplir, pudiendo ser interpretadas por el profesional de enfermería como desafío o amenaza, y dependiendo del tipo de respuesta de afrontamiento, podría ocasionar estrés.

El estrés se define como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”. Cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, puede generar estrés⁶. Cuando este estrés se relaciona con el trabajo, sobrepasando los niveles adaptativos de los individuos y llega a ser crónico, recibe el nombre de Síndrome de Burnout, el cual comenzó a ser investigado en los Estados Unidos a principios de los años 70, para explicar el proceso de deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de salud⁷. Maslach y Jackson, conceptualizaron Síndrome de Burnout como un síndrome psicológico que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del

ambiente laboral; propone que dicho síndrome está compuesto por tres dimensiones: Desgaste Emocional o Agotamiento, Despersonalización e Incompetencia Profesional o reducida realización profesional⁸. Por otro lado, Gil-Monte, citado por Quiceno, define a este fenómeno como Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), considera cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa⁹.

El Síndrome de Burnout ha sido reconocido como un riesgo ocupacional para profesionales del área de la salud, llevando al adolecimiento físico, psíquico y comprometiendo los resultados de su trabajo. Afectando tanto a profesionales que lo padecen como a los destinatarios de su cuidado¹⁰. En el ámbito organizacional, los efectos deletéreos del síndrome se relacionan con aumento de los costos operacionales y pueden ser identificados por medio de indicadores organizacionales. Entre estos indicadores, destaca: la baja calidad del cuidado, deshumanización de la asistencia, aumento de accidentes ocupacionales, la baja productividad e intención de abandonar la profesión¹¹⁻¹⁵. El Síndrome de Burnout compromete la calidad del trabajo ejecutado, generando el aumento de errores, conflictos, falta de humanización en la atención e insatisfacción de los clientes¹⁶.

La crisis sanitaria provocada por el virus de la familia Coronaviridae que dio origen al SARS-COV 2 y que causa la enfermedad COVID-19, la que se

informó por primera vez en Wuhan, China, a fines de diciembre de 2019, extendiéndose rápidamente a otros países, declarándose el 30 de enero de 2020 como emergencia de salud pública de interés internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{17,18}, ha puesto en jaque la salud mental de diversos profesionales de la salud que han estado al frente en la lucha contra esta nueva amenaza de salud pública. En Chile el primer caso de COVID-19 fue informado el día 03 de marzo de 2020¹⁹ y desde ahí a la fecha ha puesto en telón de batalla al sistema sanitario nacional quienes han tenido que hacer frente a la pandemia y vivenciar el sufrimiento humano a causa de este virus.

I.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La pandemia por COVID-19, ha dejado en evidencia un aumento de enfermedades de salud mental entre los profesionales de la salud, relacionadas con factores, que circunscriben: condiciones laborales inadecuadas, carga de trabajo excesiva, bajos salarios, cantidad reducida de equipo de protección personal (EPP), sentimientos de miedo, angustia e impotencia, entre otros¹⁵.

En relación a lo expuesto, el nuevo contexto de pandemia afecta de manera negativa la salud mental de los profesionales sanitarios, destacando el profesional de enfermería como primera línea de cuidado – asistencia, donde la sobrecarga física y emocional puede generar una pérdida de continuidad de los cuidados otorgados por estos profesionales, comprometiendo la calidad y seguridad en la atención del paciente, por lo tanto, cuidar de la salud mental y evitar efectos nocivos del estrés ocupacional en los trabajadores de la salud es una necesidad urgente. El profesional de enfermería al no brindar una atención adecuada en base a los estándares de calidad y seguridad del paciente, puede alterar la autopercepción, que tiene éste, sobre la eficacia de los cuidados que otorga durante su atención, lo cual puede generar repercusiones negativas sobre su salud mental, aumentando los niveles de estrés, al tener una visión

negativa sobre sus cuidados, llevándolo a desarrollar sentimientos de incompetencia profesional, lo que puede desencadenar el Síndrome de Burnout.

En el contexto Chileno se han llevado a cabo diversos estudios²⁰⁻²³, sobre la temática del Síndrome Burnout en diversos profesionales sanitarios, incluyendo al profesional de enfermería en servicios de cuidados críticos y de emergencias, no obstante, no hay la suficiente evidencia científica sobre dicho Síndrome, en el actual escenario de pandemia, ni cómo se ha visto afectado la eficacia del cuidado otorgado por parte de estos profesionales, desde su propia visión, resultando imperante, crear evidencia científica en relación a estos tópicos, con el objetivo de ampliar el conocimiento de la realidad chilena de la enfermería en el combate del COVID-19 y las repercusiones que ha tenido sobre la salud mental de dichos profesionales y su quehacer laboral, para de esta manera, lograr establecer medidas e intervenciones correspondiente a ser llevadas a cabo y otorgar un cuidado de excelencia para el usuario del sistema.

Frente a lo antes expuesto, se plantea como pregunta de investigación:
¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19?

Dentro de los sub-problemas a los que se desea dar respuesta con el presente estudio se encuentran:

1. ¿Cuáles son las variables biosociodemográficas (edad, género, condición de pareja, hijos, nivel de estudios, actividades de ocio, enfermedad crónica) de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
2. ¿Cuáles son las variables laborales (servicio clínico de desempeño, años de profesión, experiencia laboral, tiempo ejerciendo en trabajo actual, modalidad de trabajo, percepción de recursos (físicos y humano), tipo de contrato laboral, número de pacientes a cargo) de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
3. ¿Hay Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
4. ¿Existen diferencias entre los niveles del Síndrome de Burnout de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?

5. ¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID -19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
6. ¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y las variables laborales de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del del Centro Asistencial del Sur de Chile?
7. ¿Cuál es la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
8. ¿Existen diferencias entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?
9. ¿Existe relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?

10. ¿Existe relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables laborales de los profesionales de enfermería que trabajan en la atención directa de pacientes COVID-19 y NO COVID, del Centro Asistencial del Sur de Chile?

I.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Dentro de las categorías profesionales que se encuentran al frente de batalla contra el COVID-19; los trabajadores de la salud constituyen el grupo más vulnerable, ya que se encuentran más expuestos a las altas demandas y exigencias de trabajo específicas donde el conjunto de tareas y la exposición continúa a entornos con altos niveles de estrés comprometen la salud mental y provocan agotamiento físico y emocional de los profesionales¹⁵. Confirmando la complejidad de los panoramas de salud pública actuales causados por COVID-19, un estudio reciente muestran el impacto de estas nuevas demandas de atención en la disposición física y mental de estos trabajadores, especialmente aquellos que trabajan en atención directa: médicos y enfermeras (os). Las quejas de síntomas relacionados con angustia, insomnio, depresión y ansiedad han sido frecuentes entre las categorías mencionadas²⁴. Además, hay un impacto negativo en el trabajo, como la reducción de la satisfacción y la productividad. En concordancia con lo expuesto, se puede determinar que existe una estrecha relación entre el Síndrome de Burnout y la gestión del cuidado, donde el agotamiento, la despersonalización e ineficiencia profesional repercuten de manera negativa sobre la calidad y eficacia de la atención de cuidados otorgados por parte de los profesionales de enfermería.

El rol disciplinar de enfermería, en su labor como gestor del cuidado, se puede ver afectado de manera negativa influyendo en la calidad (eficacia y eficiencia) y seguridad de la atención del paciente, ya que, el estar sometido a altos niveles de presión psicológica, generan estrés, lo que propicia el desarrollo de diversas patologías de salud mental, dentro de ellas el Síndrome de Burnout, teniendo como consecuencias una atención deshumanizada e insatisfacción por parte de los pacientes hacia la atención recibida por los profesionales de enfermería. Sin embargo, en su condición de disciplina aplicada, la enfermería ha mostrado sobradamente su capacidad de renovarse y redefinirse continuamente en función de las necesidades emergentes de la ciudadanía y de los avances del conocimiento científico. Enfermería es una disciplina consolidada porque hoy día es aceptada como una rama del saber humano con objeto y método de estudio propios²⁵.

A través de los tiempos, la enfermería, en su rol científico, ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. La enfermería el arte milenario del cuidado, se ha convertido en una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado; como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos, posee un método científico propio, el Proceso de

Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad²⁶. Hoy con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer, se fundamentan las bases de la profesión, y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como su objeto central de estudio que es el cuidado del individuo o comunidad²⁷, resultando imperativo el llevar a cabo investigaciones que engrandezcan y consoliden la profesión.

Enfermería como profesión tiene la misión de gestionar el cuidado, el cual debe ser de calidad para la asistencia del paciente. La identificación del Síndrome de Burnout en enfermeros (as) de manera temprana u oportuna permitirá generar por las instituciones sanitarias, estrategias para su prevención y reducción, para evitar el adolecimiento mental y garantizar la calidad del cuidado brindado al usuario, permitiendo que sean otorgados de forma eficiente y eficaz.

La calidad y la percepción de autoeficacia del cuidado prestado, está relacionado con al bienestar del profesional que lo otorga; así entonces el garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional permite otorgar cuidados de enfermería eficientes y eficaces para la correcta recuperación y rehabilitación de los pacientes. El nuevo contexto de pandemia

expone a estos profesionales a un factor estresante, el cual es desconocido, imponiendo a cada profesional a repensar los fundamentos deontológicos que exige su profesión y reafirma que, aun cuando las condiciones para brindar cuidado son adversas, los enfermeras (as) han estado a la vanguardia de la respuesta al COVID-19^{28,29}, lo que refleja el gran compromiso social de la profesión con la personas, anteponiendo su propia integridad física y mental, para brindar los cuidados a quienes más lo necesitan.

En síntesis, enfermería cumple un rol disciplinar, científico y social, lo que se fundamenta y se evidencia a través del quehacer profesional y de las diversas investigaciones llevadas a cabo, con el objeto de sustentar diversidades de roles que adopta el profesional de enfermería, considerándose en este último tiempo, como una profesión que se ha transformado en una de las más o quizás sino las más importante para el logro de recuperación de los pacientes con COVID -19, y por tanto el rol social, disciplinar y científico, que cumple es extremadamente valioso, porque responde a la sociedad, a la disciplina y a la ciencia, en su conjunto, gestionando el cuidado de manera eficiente y eficaz, lo que genera la necesidad de disponer de profesionales sanos que brinden este tipo de atención.

Se justifica la realización del presente proyecto de investigación, ya que busca analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de

autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19, donde la ejecución y resultados obtenidos proporcionarán un sustento científico y una amplia gama de conocimientos sobre la situación actual del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en este nuevo contexto de pandemia y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda el profesional de enfermería, desde su propia perspectiva; permitiendo que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales. En esta perspectiva, el análisis del Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de los cuidados otorgados por los profesionales de enfermería, en los contextos actuales de pandemia por COVID-19 es fundamental para delimitar el alcance de los impactos a los que están sometidos estos profesionales y dirigir la promoción del bienestar entre ellos, para que las condiciones físicas y psicológicas de los trabajadores se coloquen en una escala que también sea una prioridad para la efectividad de la cadena de asistencia y valor de los servicios de salud pública.

I.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19?

I.5 MARCO REFERENCIAL

I.5.1 Marco conceptual

- **Salud laboral:** La salud laboral tiene una importancia trascendental, en aspectos tanto laborales como del ambiente sanitario, convirtiéndose en una de las preocupaciones principales en salud pública, creándose organismos encargados de proteger, promover y mejorar la salud de todos los trabajadores, tanto a nivel mundial como a nivel país, entre estos, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Instituto de Salud Pública (ISP), las Mutualidades e Instituto de Seguridad Laboral (ISL)³⁰. Según la

OMS, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en su realización como en las consecuencias de éste en el plano físico, social y mental, lo que permite considerar el trabajo como una fuente generadora de salud, no obstante, también puede transformarse en un riesgo para ésta, en aquellas situaciones en que las condiciones laborales no son las propicias, repercutiendo de manera negativa en la salud física y psicológica de los trabajadores³⁰. El sólo hecho de desempeñar algún tipo de actividad laboral puede desencadenar algún grado de estrés cuando los medios internos para enfrentar problemas se encuentran disminuidos y/o cuando los medios externos están repercutiendo de manera negativa en la persona.

- **Estrés:** El estrés, entendido como “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier presión externa o frente a cualquier demanda que se le haga”³¹, fue inicialmente desarrollado por el endocrinólogo Hans Selye³². Selye también describe que el estrés es “un Síndrome caracterizado por un conjunto de reacciones que el cuerpo desarrolla cuando se somete a una situación que requiere un esfuerzo de adaptación”^{33,34}. El estrés, además de causar un agotamiento, está relacionado con una serie de enfermedades, producto de las respuestas fisiológicas indeseadas que se generan en el organismo para poder sobrellevar los momentos estresantes, afectando el rendimiento y la capacidad laboral de las personas²⁹.

El estrés propiamente tal no es una enfermedad, aunque, la exposición del organismo a situaciones estresantes puede provocar distintas alteraciones en la salud. El estrés no resulta nocivo en sí mismo, en principio, surge como adaptación evolutiva de los seres vivos para dar una respuesta ante situaciones amenazantes³⁵.

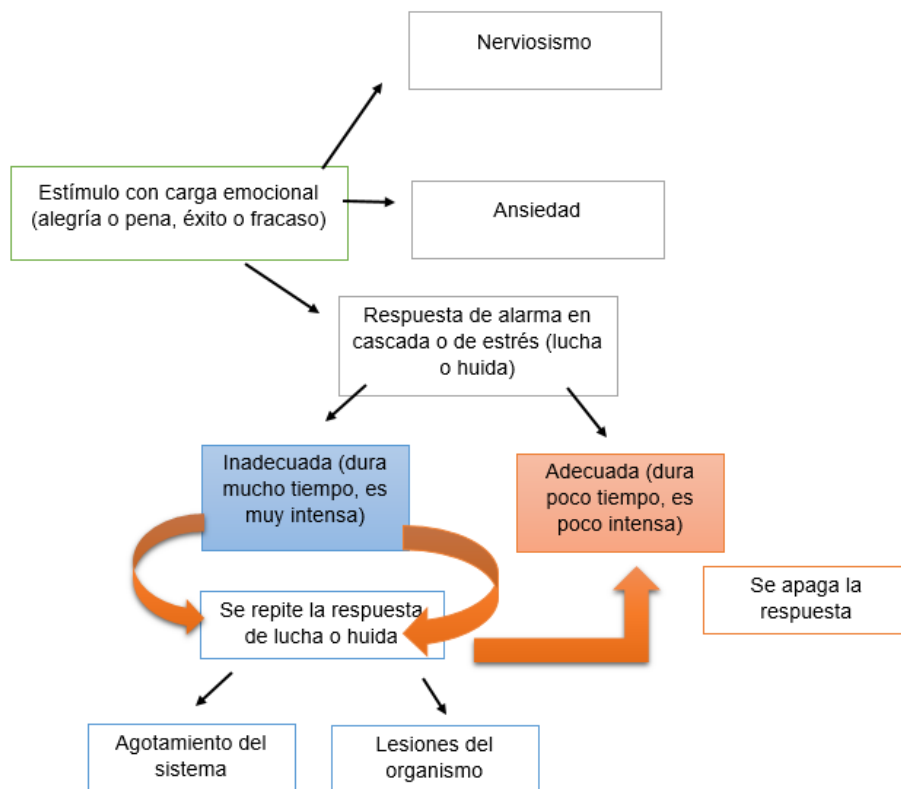
En esta noción, se puede distinguir entre:

- Estrés o estrés positivo. Es preciso para proporcionar al organismo los adecuados niveles de activación necesarios para hacer frente a la situación que provocó esa excitación. El organismo reacciona, pero no supera su propia capacidad, regresando a su estado base.
- Distrés o estrés negativo. La reacción de respuesta es desmesurada o de excesiva duración temporal. Se sobrepasa la capacidad de resistencia y adaptación del organismo provocando un desequilibrio con consecuencias físicas y emocionales dañinas para el individuo.

Como se aprecia en la ilustración 1, el estrés es una reacción de lucha (afrontamiento), es decir, se refiere a consecuencias de las demandas que nos solicita el ambiente. Se produce tanto en condiciones positivas como negativas. Ante un estresor caben en líneas generales, dos reacciones; o bien el sujeto responde con conductas de evitación, o bien responde con conductas de afrontamiento. La forma de afrontar el estrés no sólo

dependerá de las características del estresor, sino también de los recursos que tenga el sujeto para superarlo. Esta respuesta es del tipo del disparo en cascada, es decir, que una vez iniciada no puede pararse hasta que se agota. Produce una tempestad neurohormonal, en el que la reacción es global: psicobiológica³¹.

Ilustración 1: El estrés como respuesta.



Fuente: International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2006³¹

- **Síndrome de Burnout:** El primer caso reportado de Síndrome de Desgaste Profesional (Síndrome de Burnout) en la literatura fue hecho por Graham Green en 1961, en su artículo A Burnout Case³⁶. Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo⁹.

Al síndrome de Burnout se le han dado también varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”, entre otras⁹. La definición más aceptada del Síndrome de Burnout es la de Maslach⁸, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el *agotamiento emocional*: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga; *la despersonalización*: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración; *la disminución del*

desempeño personal, donde el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. Por otro lado, Gil-Monte⁷ lo define Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el cual considera, como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, caracterizado por un deterioro cognitivo y afectivo. El deterioro cognitivo se manifiesta por pérdida de la ilusión por el trabajo y desencanto profesional. El deterioro afectivo se manifiesta por agotamiento emocional y físico y por actitudes y/o conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización. Todos estos sentimientos a veces están acompañados de culpa. Gil-Monte, creó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)³⁷, cuyas propiedades psicométricas han sido evaluadas en diferentes grupos de trabajadores chilenos que trabajan con personas (enfermeras, profesionales de servicio y trabajadores que laboran con discapacitados) y el cual, si bien considera factores similares al modelo de Maslach, incluye un cuarto elemento: la culpa³⁷

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia

crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI)³⁸ que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología, el cual ha sido utilizado en un sin número de estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral, contando con tres versiones, siendo validado en diferentes países y en idioma español se encuentra validado en España (Gil-Monte & Peiró, 1999)³⁹ y Chile (Buzzetti, 2005)⁴⁰. Maslach en su descripción del síndrome, limitó el Síndrome de Burnout (SB) a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del Síndrome de Burnout o “Síndrome de Estar Quemado” o de Desgaste Profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11)⁴¹, aprobada el 2019 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022.

- **Gestión del Cuidado:** Desde el año 1997, la profesión de enfermera (o) en Chile, se encuentra regulada por ley, conforme a ello, la Ley N° 19536^{4, 42}, incorpora al Código Sanitario, en el Libro V: “De la Medicina y las Profesiones Afines”, artículo 113, inciso cuarto el rol social de las Enfermeras (os): *“Los servicios profesionales de la enfermera (o) comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y*

restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente". De acuerdo al código sanitario el profesional de enfermería aplica un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguran la continuidad de la atención y se sustentan en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución; lo que le permite brindar un cuidado planificado, utilizando los recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias; movilizand o los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona, asegurando la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y a su familia.

1.5.2 Marco teórico

- **Teoría del Estrés de Selye³²:** El estrés no es un fenómeno reciente. Ha existido siempre íntimamente ligado a la evolución del ser humano y a la vida. El mismo proceso de nacer, el paso a través del canal del parto constituye una situación fuertemente estresante. Desde siempre el hombre se enfrenta con el estrés y posiblemente gracias a él ha sobrevivido, ya que se ha visto obligado a adaptarse a un mundo en constante transformación. La expresión estrés es utilizada por primera vez con una perspectiva psicobiológica en 1926 por Selye, cuando era un estudiante de segundo curso de medicina en la Universidad de Praga³¹. Descubrió que pacientes con variedad de dolencias manifestaban muchos síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos a los esfuerzos del organismo para responder al estrés de estar enfermo. Él llamó a esta colección de síntomas Síndrome del estrés, o Síndrome de Adaptación General (GAS). Posteriormente, en trabajos experimentales con ratas a las que sometía a condiciones físicas límite de distinta naturaleza, observó que, en todas ellas, se producía un extraordinario aumento en la secreción de las hormonas suprarrenales: Hormona adrenocorticotrópica (ACTH), adrenalina y noradrenalina-, la

atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. A este conjunto de alteraciones orgánicas las denominó “estrés biológico”³⁵.

En su acepción inicial estrés significa respuesta, y al estímulo o agente que producía esa reacción de estrés se le denominaba estresor. El estresor sería el causante del estrés. En 1973, el propio Selye definía el estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce”. Lo característico del estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica²⁹.

El Modelo de Selye³²⁻³⁵, conocido como “Síndrome General de Adaptación” (SGA), se encuentra formado por las tres siguientes fases:

1. Fase de alarma: Ante una amenaza, se desencadenan procesos fisiológicos de respuesta ante un peligro: liberación de hormonas y neurotransmisores, los cuales producen aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, entre otras. Cuando este esfuerzo del organismo permite superar la situación se pone fin al SGA, pero si la situación de estrés persiste al no poder el organismo mantener por mucho tiempo esta respuesta, se evoluciona hacia la segunda fase.
2. Fase de resistencia o adaptación: Se caracteriza por una hiperactivación, menor que en la fase anterior, la cual se puede mantener durante periodos más largos de tiempo, facilitando, la superación de la situación

de estrés. El organismo intenta adaptarse o confrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza. Se normalizan los niveles hormonales y desaparece la sintomatología propia de la fase de alarma. Si no consigue su objetivo, el mantenimiento de la hiperactivación puede llevar al agotamiento de las reservas del organismo, entrando así a la fase de agotamiento.

3. Fase de agotamiento: Se produce cuando la exposición al estrés se mantiene en el tiempo o no se poseen los recursos adaptativos necesarios para afrontar dicha situación. El organismo pierde de manera paulatina su capacidad de activación. Si el organismo intenta mantener la activación al máximo, el resultado será el agotamiento total.

Del estudio de estas interacciones surgen distintas teorías explicativas³⁵:

1. Modelo de esfuerzo y recompensa: Según Siegrist, el estrés laboral se produce cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa, que provoca el deterioro de la autoestima y de la autoeficacia y en consecuencia estrés.

El alto esfuerzo en el trabajo puede ser:

- Extrínseco (demandas y obligaciones).
- Intrínseco (alta motivación y deficiente afrontamiento del estrés).

La baja recompensa: Está en función de tres tipos de estímulos fundamentales.

- Dinero.
- Estima.
- Control del estatus (posibilidad de pérdida de trabajo, degradación en el empleo o perspectivas de promoción, seguridad laboral, y ausencia de riesgo de descenso o pérdida de empleo).

De esta forma se produce estrés cuando el esfuerzo supera a la recompensa o las recompensas no contrarrestan el nivel de esfuerzo añadido.

2. Modelo de interacción entre demandas y control: Propuesto por Karasek, basa la aparición de altos niveles de estrés en la interacción de unas altas demandas laborales y unos bajos niveles de control por parte del trabajador.
- La dimensión de demandas laborales: Se refiere a cuánto se trabaja, tanto en cantidad y tipo de trabajo, como volumen, ritmos de trabajo, órdenes contradictorias, órdenes incongruentes, ritmo dependiente del trabajo de los demás, nivel de atención o concentración requerido, interrupciones imprevistas, etc.

- La dimensión de control: Está asociada a cómo se trabaja, y tiene dos componentes: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La autonomía: Es la posibilidad que tiene el trabajador de controlar sus propias actividades, de tomar decisiones sobre su trabajo conforme este se desarrolla. El desarrollo de habilidades: Se refiere al grado de desarrollo de las capacidades personales como el aprendizaje, la creatividad o el trabajo variado.

Como se observa en la ilustración 2, para que se produzca una situación de estrés, tienen que ocurrir simultáneamente, una situación de altas demandas y de bajo control. Tal como se refleja en el cuadro, las altas demandas no generan estrés si el trabajador tiene un alto control sobre su actividad. El trabajo supone un reto que proporciona un estado de activación para la consecución del objetivo. Si un trabajador con altas demandas tiene el control sobre su actividad, esto le permite poder decidir la respuesta a esas demandas y aprender de los resultados obtenidos. Cuando no existen altas demandas y el trabajador tiene un alto grado de control, el trabajo se desarrolla con normalidad, sin altos niveles de estrés. Mientras que si existen bajas demandas laborales y bajo nivel de control se favorecen los niveles de pasividad laboral.

Ilustración 2: Modelo de interacción entre demandas y control.

		DEMANDAS	
		-	+
CONTROL	+	RELAJACIÓN	ACTIVO
	-	PASIVO	ALTO ESTRÉS

Fuente: Fundación para la prevención de Riesgos Laborales³⁵.

3. Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social: Es un desarrollo del modelo anterior, donde se añade la dimensión del apoyo social, siendo éste un factor modulador del estrés. La cantidad y calidad del apoyo social que brindan los superiores y compañeros puede resultar como un amortiguador del efecto del estrés sobre la salud de los trabajadores. Si éste es escaso, o si el entorno profesional se caracteriza por la discriminación, se añade un nuevo factor de estrés a los ya existentes.

Los estresores laborales hacen referencia a todo tipo de exigencias y características del trabajo y su organización que pueden ser desencadenantes del estrés laboral. Los principales estresores laborales son³⁵:

- Sobrecarga de trabajo: Se produce cuando el volumen, la magnitud o complejidad de la tarea está muy por encima de la capacidad del trabajador/a para realizarla.
- Infracarga de trabajo: Se produce cuando el volumen de trabajo está muy por debajo del nivel necesario para mantener un mínimo grado de activación e interés en el trabajador (a). Esta circunstancia mina la autoestima personal de los trabajadores y genera sensación de pérdida de tiempo.
- Infratilización de habilidades: Ocurre cuando las actividades de las tareas a realizar son muy inferiores a la capacidad profesional del trabajador (a). Genera sensación de infravaloración profesional.
- Repetitividad: Aparece cuando no existe una gran variedad de tareas a realizar y éstas son monótonas y/o rutinarias.
- Ritmo de trabajo excesivo: Se da si el tiempo de realización del trabajo está fuertemente condicionado por los requerimientos de la actividad laboral. El trabajador(a) tiene poca autonomía para adelantar o atrasar su trabajo en función de sus necesidades personales, estando fuertemente condicionado por el ritmo de trabajo que establece su ocupación.

- Horario de trabajo inadecuado: La duración de la jornada laboral estructura en gran medida la forma de vida de la población activa y, evidentemente, es fuente de estrés cuando ésta es inadecuada.

De este modo adquiere especial importancia:

- La duración de la jornada de trabajo.
- La posibilidad de realizar jornada continua.
- El número y duración de las pausas y descansos.
- La existencia de trabajo a turno o nocturno.

Todas estas circunstancias tienen una elevada repercusión sobre la vida familiar y social pudiendo generar situaciones potencialmente estresantes.

➤ **Teoría Transpersonal de Jean Watson⁴³:**

La Enfermería se ha ido desarrollando a través de los años, como lo han hecho diferentes profesiones, esta evolución se ha hecho irreversible para convertirse no sólo en un arte sino además en una ciencia, sin perder la esencia de sus inicios: “el cuidado”. Este desarrollo de la profesión ha permitido ir ampliando las funciones de la enfermera, sin embargo, esto conlleva a la

responsabilidad de ampliar conocimientos y establecer una sólida preparación, que permita el desarrollo de una labor segura, teniendo como eje fundamental el bienestar del paciente²⁶. Así lo refleja Jean Watson con la Teoría Transpersonal, la cual se ha considerado como una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría.

Los principales conceptos de Watson⁴³ incluyen los 10 factores de cuidados y la relación entre curación y cuidado transpersonales, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado - curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos - conciencia unitaria.

A continuación, se resumen los principales Conceptos de la Teoría de Watson:

1. Interacción enfermera-paciente: Define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
2. Campo fenomenológico: Corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones.

3. Relación transpersonal de cuidado: Para comprender dicho proceso se debe tener en claro dos conceptos básicos:

- Transpersonal: Ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente
- Cuidado transpersonal: Intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: Es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado.

- **Teoría del Cuidado Humano^{43,44}:**

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica,

administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Su teoría se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. Una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado según Watson^{43, 45}:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: Facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas

del paciente que buscan la salud. Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.

2. Inculcación de la fe-esperanza: Satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo. Estar auténticamente presente y permitir mantener un sistema de creencias profundo y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel a quien se debe cuidar.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, más allá del ego.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: Es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás. Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos, como conexión con el espíritu más profundo, con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar. El ser ahí.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero. Uso creativo de las propias y todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas curación-cuidado.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables. Crea un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia), allí

donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz, se potencien.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando "cuidados humanos esenciales" que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: La fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filosófica". Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La

misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana.

- *Premisa 1:* “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.
- *Premisa 2:* “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”.
- *Premisa 3:* “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

1. *Salud*: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
2. *Persona*: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones.
3. *Entorno*: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante.
4. *Enfermería*: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos, tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a

partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal.

➤ **Teoría de la Autoeficacia Percibida de Albert Bandura:**

En el año 1987, se propone la teoría de la autoeficacia, siendo ésta “producto principalmente de dos ideas de Bandura, la primera es que las intervenciones que modifican el ambiente son eficaces para modificar la conducta y la segunda que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible”⁴⁶.

Se define la autoeficacia como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad, conducta, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto⁴⁷, para Bandura⁴⁸ la autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.”

La autoeficacia percibida se define como los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, a través de los cuales va a organizar y ejecutar sus actos, de tal forma que le permita obtener el resultado que desea, este concepto hace referencia a la opinión que tiene el sujeto sobre lo que puede hacer con los recursos que tiene disponible⁴⁹. La autoeficacia hace a la persona productora de su propio comportamiento. La percepción de autoeficacia

determinará el tipo de conductas elegidas, la cantidad del esfuerzo dedicado a enfrentar situaciones difíciles y el tiempo que persistirá en el intento de solucionarlas⁵⁰.

Las creencias que la persona tiene sobre su propia autoeficacia provienen de cuatro fuentes^{49, 51}:

1) Los logros alcanzados en la ejecución: Los éxitos generan un fuerte sentimiento de autoconfianza, por el contrario, los fracasos van disminuyendo dicho sentimiento, especialmente, si estos se vivencian antes de que la autoeficacia se haya formado.

2) La experiencia vicaria: Se basa en la experiencia de otras personas, es decir, por modelos sociales; lo que indica que, si una persona ha tenido éxito en una tarea, va a fortalecer la creencia en la autoeficacia, por el contrario, si estas personas que actúan como modelo fracasan, la autoeficacia se verá disminuida.

3) La persuasión verbal: Cuando las personas se dejan persuadir de que pueden tener éxito en determinadas tareas o actividades, estos realizarán mayores esfuerzos para lograr la ejecución de las tareas. A su vez la persuasión verbal es más eficaz para disminuir la autoeficacia que para aumentarla.

4) Conocimiento que la persona tiene de su estado fisiológico: Es la forma en cómo la persona se percibe a sí misma, sobre su capacidad fisiológica (positiva o negativa) para realizar una determinada actividad. Una persona a través de una adecuada autoeficacia puede mejorar tareas tanto físicas como psíquicas. Por ejemplo, un atleta con una autoeficacia elevada logra aumentar su esfuerzo físico ya que el sentimiento de alta autoeficacia estimula al cuerpo para que produzca opiáceos endógenos, que actúan como un analgésico natural.

La autoeficacia influye en el comportamiento y en el funcionamiento de la persona a través de cuatro tipos de procesos^{51, 52}:

1) Cognitivos: Las creencias de autoeficacia que influyen en el comportamiento humano provienen de la posibilidad de anticipación de los resultados de la ejecución, los cuales van a interferir en el tipo de objetivo que la persona desea obtener. La acción se organiza inicialmente en el pensamiento, se modela escenarios anticipadamente, se construye y se ensaya.

2) Emocional: La autoeficacia influye en la autorregulación de la conducta. La motivación de las personas se genera cognitivamente, a través de anticipación de metas alcanzadas. Es decir, el tipo de expectativas que se tenga sobre determinado propósito va a determinar la cantidad de esfuerzo (tiempo y resistencia) que se invierta en el logro de esta.

3) Afectivo: La autoeficacia influye en el estrés y depresión que la persona experimente ante situaciones que considera amenazadoras. La falta de confianza puede generar ansiedad, lo cual a su vez influye en la ejecución.

4) Selectivo: La autoeficacia determina el tipo de comportamiento que las personas seleccionan, ya que la persona que tiene bajas expectativas de autoeficacia evitará las tareas difíciles, y tendrá menor nivel de ambición y de compromiso con las metas que adoptan.

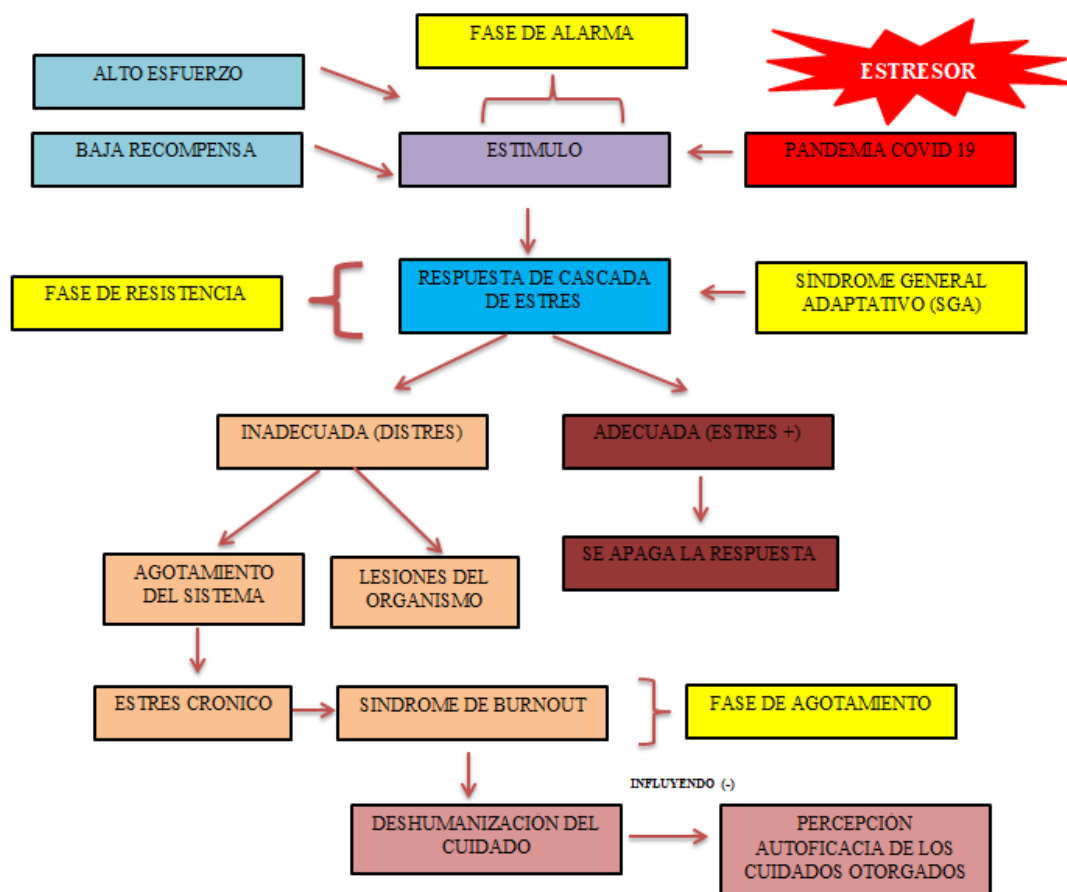
La autoeficacia se ha utilizado ampliamente en las Ciencias de la Salud, donde ha permitido cambiar conductas humanas, logrando conductas saludables y manteniendo estable a las personas portadoras de enfermedades crónicas. La teoría de la autoeficacia también se utiliza para evaluar diversas capacidades del ser humano en realizar tal o cual acción, es así como se ha usado en instrumentos que determinan la capacidad percibida por enfermeras para expresar cuidados humanos, actitudes y conductas que orienten a establecer un cuidado que mantenga una relación cercana entre usuario y enfermera⁵³.

En la ilustración 3 se aprecia, que el contexto actual de pandemia (estresor y estímulo) en el que se encuentra inmerso el profesional de enfermería, los constantes cambios y procesos adaptativos (físicos y psicológicos) a lo que se ha visto sometido este grupo, colocan en jaque el proceso de atención de

cuidados otorgados por estos profesionales, ya que, al tener una respuesta inadecuada a este nuevo contexto, va a generar un agotamiento físico y psíquico, que lo puede llevar a desarrollar un estrés crónico (Síndrome de Burnout), afectando de manera negativa el cuidado otorgado por estos profesionales, generando deshumanización de este y una baja percepción de autoeficacia del mismo, por parte de este grupo. En concordancia a lo anterior se utiliza como sustento teórico para la presente investigación el Modelo de Selye, a través del Síndrome General Adaptativo, la Teoría de cuidado humano de Jean Watson y la Teoría de Autoeficacia percibida de Bandura.

Ilustración 3: Asociación Modelo de Selye “Síndrome General Adaptativo”.

“Teoría del Cuidado Transpersonal” de Jean Watson y la “Teoría de Autoeficacia percibida” de Bandura.



Fuente: Elaboración propia.

1.5.3 Marco Empírico

Existen datos variados con relación a la prevalencia del Síndrome Burnout a nivel mundial, aportados por diversas investigaciones. En Europa estiman la prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeras entre el 10 - 30%, la encuesta “Barómetro del estrés en enfermería” en España mostró que el 96% había experimentado en alguna ocasión estrés en el trabajo, en Francia, las enfermeras de cuidados críticos reportaron Síndrome de Burnout en un 32,8% y el 60% expresó que desearía cambiar de profesión ⁵⁴⁻⁵⁶. En América Latina y El Caribe existen varios estudios, Argentina, Brasil y Costa Rica muestran mayor Síndrome de Burnout, problema que afecta al 43 - 55% de enfermeras y al 11% en Perú; es así como, en el Hospital Central de la Fuerza Aérea, la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos es medio a alto en un 81%⁵⁷, mientras que en un hospital de Trujillo - Perú se encontró que el 92.5% de enfermeras que laboraron en Unidades Críticas del Hospital Belén de Trujillo durante el año 2016, presentó nivel medio de Síndrome de Burnout⁵⁸. En Cartagena, se encontró que la incidencia de Síndrome de Burnout en menores de 40 años fue de un 26.6 %⁵⁹. En México la prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en el Hospital de Gineco - pediatría con Medicina Familiar y en el

Hospital General fue del 6.79 % ⁶⁰ mientras que en el Hospital de las Culturas en Chiapas fue del 72 %⁶⁰. En un estudio llevado a cabo, en Chile, obtuvo como resultados que de 250 trabajadores evaluados se encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout de 31%; además pesquisó 38% de personas proclives a presentarlo, es decir, 69% del personal manifestaba síntomas de desgaste laboral, siendo más importantes en enfermeras y paramédicos⁶¹. Al medir el Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería que trabajan en Centros Asistenciales de la Octava Región, Chile²², se obtuvo que más del 50% de estos profesionales corresponden a adultos jóvenes, solteros(as) y sin hijos; presentando menos de 10 años de experiencia laboral, la mayoría realiza cuarto turno. El grupo de profesionales evidenció presentar Burnout en una intensidad intermedia, que estaría principalmente influenciado por variables laborales como la percepción de recursos insuficientes y la realización de exceso de turnos, al mismo tiempo el grupo de mayor edad evidenció más cansancio emocional y los viudos o separados presentaron menos despersonalización que el resto de los encuestados. Al Identificar la relación que existe entre la fatiga laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del sur de Chile²³, se obtuvo que la fatiga y el Síndrome de Burnout presentan una correlación alta, específicamente con la dimensión desgaste emocional ($Rho = 0.680$, $p = 0.000$), lo que demuestra que existe influencia de

esta en el síndrome, de tal manera que cuando esta aumenta el Burnout también lo hace.

Más recientemente, un estudio⁶² mostró que los altos niveles de agotamiento en los profesionales de la salud se asociaron directamente con una higiene de manos inadecuada y descuidos en otras prácticas para el control de infecciones, lo que resultó en un mayor porcentaje de infecciones del paciente adquiridas durante la estadía en el hospital. En concreto, los autores demostraron que cualquier aumento del 10% en el personal agotado se relacionó con un aumento de la tasa de infecciones del tracto urinario en aproximadamente 1 por 1000 pacientes y de infecciones del sitio quirúrgico en más de 2 por 1000 pacientes. El agotamiento emocional puede afectar a las actitudes relacionadas con la seguridad del paciente por parte de las enfermeras (os), debido a las consecuencias adversas que provoca en las mismas, pudiendo contribuir a que se cometan errores clínicos⁶³. Se ha demostrado que las Enfermeras (os) con niveles de agotamiento más altos tienen menos satisfacción en cuanto a la atención que brindan al paciente, y que el agotamiento afecta de forma negativa a la calidad de atención al paciente provocando un aumento del riesgo de mortalidad del paciente en un 7%⁶⁴. Se ha evidenciado que las infecciones nosocomiales se asocian con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, y las caídas y errores en la

administración de medicamentos se asocian con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización⁶⁵.

Cuanto menor es el nivel de agotamiento emocional más positiva es la percepción del clima de seguridad y mayor satisfacción laboral. Lo que demuestra el mayor nivel de agotamiento profesional conduce a una peor seguridad del paciente⁶⁶.

Los estudios mencionados ⁽⁵⁴⁻⁶⁶⁾, muestran que el agotamiento emocional y la despersonalización que sufren los profesionales de enfermería afectan de manera negativa sus actitudes y comportamientos hacia la seguridad y la calidad de la atención del paciente, lo que impide que se otorgue un cuidado eficaz.

En concordancia a la evidencia demostrada anteriormente, la investigadora desarrolló una revisión integradora mediante la ejecución de las 6 etapas planteadas por Ganong⁶⁷: 1) preparación de la pregunta orientadora; 2) establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los estudios; 3) recolección de los datos; 4) análisis crítico de los estudios incluidos; 5) discusión de los resultados; y 6) presentación de la revisión integradora.

La pregunta de investigación que guió la búsqueda bibliográfica, se realizó mediante la estrategia PIO (tabla 1), con el objetivo de mejorar la

especificidad y claridad de los problemas clínicos que se pretenden abordar, así como para realizar una búsqueda que arroje resultados con mayor precisión⁶⁸. Es importante mencionar que originalmente esta estrategia de búsqueda recibe el nombre de PICO (population, intervention, comparison y outcome), pero en el presente estudio no se utilizó el componente “C” ya que no se buscó comparar alternativas de intervención, por tanto, se omitió dicha letra.

Tabla 1: Descripción de los componentes PIO en la búsqueda bibliográfica.

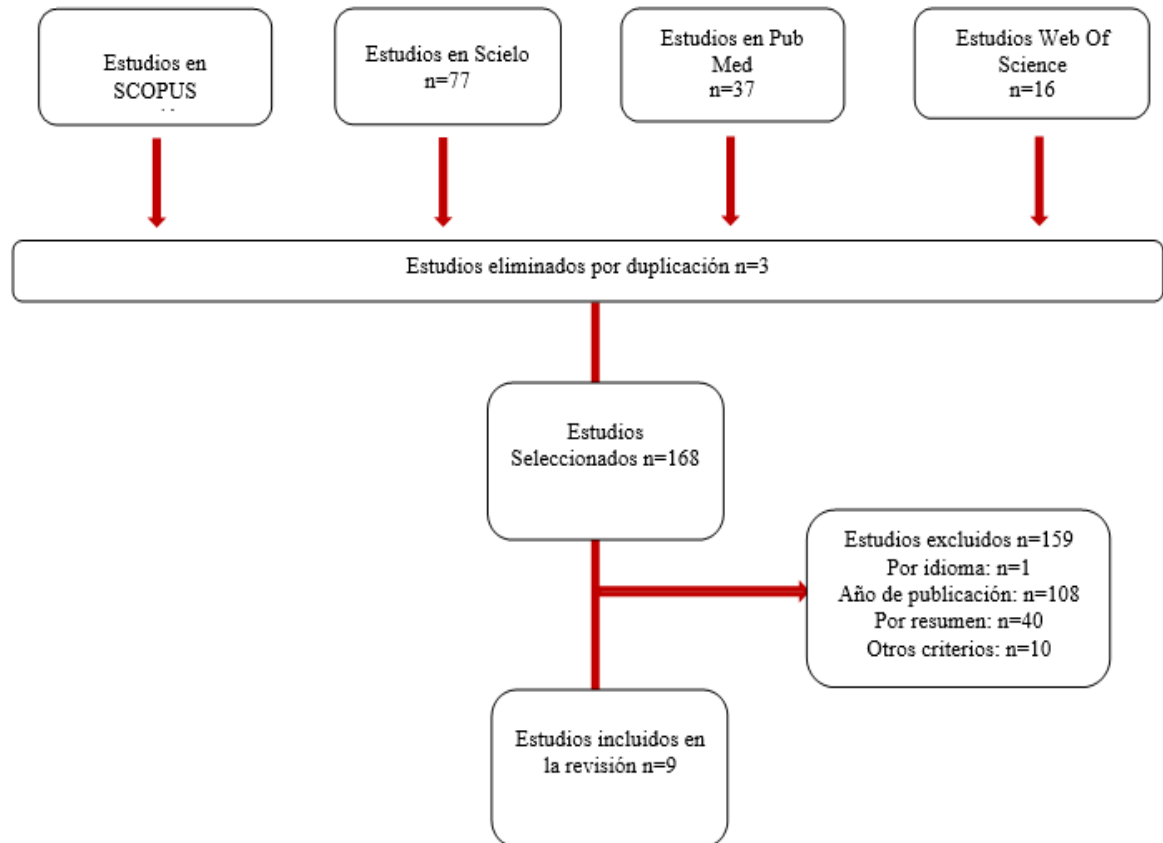
Acrónimo y componente	Descripción componentes
<p style="text-align: center;">P (Paciente)</p>	<p>Profesionales de Enfermería que ejercen labores clínicas en un Centro Asistencial del Sur de Chile, en el actual contexto de pandemia por COVID-19.</p>
<p style="text-align: center;">I (Intervención)</p>	<p>Realizar una búsqueda bibliográfica, sobre el Síndrome de Burnout y su relación con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería en tiempos de pandemia por COVID-19.</p>
<p style="text-align: center;">O (Outcome o resultado)</p>	<p>Se espera obtener una relación inversamente proporcional entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los enfermeros.</p> <p>Proporcionar un sustento sólido de conocimientos que respalden la realización de intervenciones correctivas por partes de las entidades sanitarias, para el cuidado tanto físico y mental de los profesionales de enfermería.</p>

Fuente: Adaptado de Landa-Ramírez y Arredondo-Pantaleón. 2014.

Los criterios de inclusión fueron: Artículos originales de investigación que evidencien el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería durante la pandemia por COVID-19, publicaciones entre los años 2020 y 2021; textos completos; publicaciones en inglés, español y portugués.

La búsqueda de los artículos que dieran cuenta de la pregunta de investigación planteada se realizó durante los meses abril-Julio, del presente año, e incluyó las siguientes bases de datos: Scopus, Scielo, Pub Med y Web Of Science, utilizando las palabras claves: Agotamiento psicológico, Enfermeras y Enfermeros, Autoeficacia, Atención de Enfermería, Infecciones por Coronavirus. Seleccionadas de acuerdo con los diccionarios MeSH, para palabras en inglés, y en DeCS para palabras en español y portugués, las cuales fueron ingresadas a las bases de datos en el mismo orden utilizando el operador booleano “AND” y “OR”. Una vez que se seleccionaron los artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se dio paso a la lectura del resumen para determinar si el artículo se relacionaba con la temática escogida. Posteriormente, se dio lectura crítica al artículo completo para comprobar que este diera respuesta a la pregunta guía. Las estrategias iniciales de búsquedas (Ilustración 4) identificaron un total de 171 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de 9 artículos.

Ilustración 4: Flujo de PRISMA selección / exclusión de artículos.



Fuente: The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews⁶⁹.

2021.

A través de la revisión realizada se puede inferir que la actual pandemia por SARS COV-2 ha tenido efectos deletéreos sobre la salud mental de los profesionales de enfermería, los cuales presentan altos niveles de ansiedad, evidenciándose que su vida ha empeorado desde la aparición del brote, presentando dificultades para afrontar la nueva realidad, alejándose incluso de su trabajo⁷⁰.

El cuidar a pacientes con diagnóstico de COVID-19, genera en las enfermeras (os), una gran angustia psicológica, debido a diversos factores que perturban su salud mental, entre los cuales destaca: ansiedad por: muerte, por la naturaleza de la enfermedad, por el entierro del cadáver, miedo de infectar a la familia, angustia por perder el tiempo, angustia emocional de dar malas noticias, miedo a ser contaminado, pensamientos obsesivos, sensación desagradable de llevar equipo de protección personal, el conflicto entre el miedo y la conciencia y el desconocimiento público de las medidas preventivas^{71,72}. Resultados similares se informaron durante el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) durante los años 2003 y 2012, respectivamente ⁷³⁻⁷⁶.

Al comparar entre dos grupos de profesionales de enfermería: las de primera línea (grupo de exposición) y otras enfermeras que trabajan en salas

habituales (grupo de no exposición), se obtuvo que las puntuaciones de estrés laboral y agotamiento en el grupo de exposición con infección por COVID-19, fueron significativamente más altas que en el grupo de no exposición, considerándose factores de riesgo significativos para el agotamiento relacionado con COVID-19: situación laboral, experiencia en el cuidado de pacientes confirmados o sospechosos de infección por COVID-19, recursos hospitalarios y estrés laboral, siendo este último el único factor que tiene una relación significativa con el Síndrome de Burnout relacionado con COVID-19⁷⁷. Sin embargo, en otras investigaciones llevadas a cabo, se ha informado que los recursos hospitalarios y el apoyo familiar son–principales factores que influyen en el agotamiento de las enfermeras⁷⁸⁻⁸⁰. Las largas jornadas laborales^{28,29}, el estrés emocional y el estar lejos de la familia, pueden ser razones contundentes para un mayor nivel de agotamiento en el grupo de exposición en comparación con el grupo de no exposición.

La calificación profesional, el estado del sueño, el estrés y la autoeficacia fueron los principales factores que influyeron en la ansiedad de las enfermeras (os) que asistían en la lucha contra el SARS COV-2. En la etapa inicial de la pandemia, las enfermeras con menor cantidad títulos tenían más probabilidades de preocuparse de ser incompetentes para el trabajo, lo cual se puede deber al hecho de que el COVID-19 es un nuevo coronavirus, de propagación rápida donde los profesionales de las diferentes áreas de la salud carecían de experiencia y confianza para afrontarlo^{81,82}. Dicha situación pudo desencadenar

un bajo nivel de autoeficacia por parte de los profesionales que se encuentran al frente de la lucha contra el COVID-19, en especial en los profesionales de enfermería, quienes son la primera línea de cuidado - asistencia.

La menor autoeficacia contribuye a la aparición de síntomas de agotamiento, lo que indica que, las condiciones de un ambiente de trabajo sano y seguro y una adecuada organización del trabajo aumentan la autoeficacia y disminuyen los factores que causan la aparición de síntomas de Síndrome de Burnout⁸¹, todo lo cual tiene un impacto positivo en el aumento de la calidad del trabajo.

Existe una correlación significativa entre la autoeficacia y dos de los tres factores de agotamiento: agotamiento emocional y decepción en el trabajo; lo que indica que los profesionales de enfermería que tienen un mayor nivel de autoeficacia son los que menos desarrollan el Síndrome de Burnout⁸². Dentro de las dimensiones del Síndrome de Burnout, el cinismo afecta la comunicación del equipo, el que, a su vez, se relaciona positivamente con la eficacia del equipo, actuando, así como un mediador. Por último, la eficacia del equipo se relaciona negativamente con las infecciones asociadas a la atención en salud⁸³. Se ha obtenido que las puntuaciones más bajas de autoeficacia den como resultado una peor evaluación de las oportunidades de desarrollo y perspectivas de promoción, participación en el proceso de toma de decisiones y trabajo en equipo. Por otro lado, la edad avanzada, el sexo masculino, la

asistencia a cursos posteriores y una experiencia laboral más prolongada se asociaron con niveles más altos de autoeficacia⁸⁴, lo cual se puede deber a la seguridad y confianza que genera el tener una mayor cantidad de conocimientos asociados a la experiencia laboral.

La Autoeficacia de los individuos, podría atenuar los efectos negativos del estrés. El apoyo social de la familia, la escuela y la comunidad es un factor protector importante para la tolerancia al estrés⁸⁵. La autoeficacia y el apoyo social pueden ser un gran avance para regular el estrés psicológico de los trabajadores de la salud. En términos de autoeficacia, las jefaturas de enfermería y las entidades correspondientes, pueden mejorar el nivel de autoeficacia de su personal a cargo, aumentando la experiencia exitosa directa de estos, mejorando el entorno de la práctica de enfermería y los incentivos oportunos.

Los profesionales de enfermería son los encargados de la gestión del cuidado de manera continua y cumplen un rol fundamental en la salud pública en lo que respecta a la prevención y el control de infecciones. Por tanto, es de especial importancia considerar la salud física y mental e identificar las fuentes generadoras de estrés, para mejorar la situación y reducir los riesgos laborales, para así obtener cuidados eficaces y eficientes en la atención otorgada por estos profesionales, siendo el objetivo final, enfermeros (as) mentalmente sanos que brinden cuidados de calidad.

Dentro de las limitaciones de los estudios seleccionados, estos no reflejan la realidad latinoamericana, ya que solo un estudio correspondía a Brasil, lo cual no permite generalizar los resultados a la realidad local. Otra limitación para destacar es que los artículos seleccionados no reflejan de forma explícita la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería, con respecto a los cuidados que otorgan, por lo tanto, se debe inferir implícitamente. Lo anterior, invita a llevar a cabo la realización de evidencia científica con respecto a esta perspectiva, para poner en evidencia de forma clara, la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería, para así contar con una evidencia sólida, que sustente las intervenciones correspondientes de llevar a cabo, de acuerdo con los hallazgos que se obtengan.

I.5.4 Construcción del objeto de estudio

Existe una correlación significativa entre la autoeficacia y dos de los tres factores de agotamiento: agotamiento emocional y decepción en el trabajo; lo que indica que los profesionales de enfermería que tienen un mayor nivel de autoeficacia son los que menos desarrollan el Síndrome de Burnout⁸². Dentro de las dimensiones del Síndrome de Burnout, el cinismo afecta la comunicación del equipo, el que, a su vez, se relaciona positivamente con la eficacia del equipo, actuando, así como un mediador. Por último, la eficacia del equipo se relaciona negativamente con las infecciones asociadas a la atención en salud⁸⁴. Se ha obtenido que las puntuaciones más bajas de autoeficacia den como resultado una peor evaluación de las oportunidades de desarrollo y perspectivas de promoción, participación en el proceso de toma de decisiones y trabajo en equipo. Por otro lado, la edad avanzada, el sexo masculino, la asistencia a cursos posteriores y una experiencia laboral más prolongada se asociaron con niveles más altos de autoeficacia⁸⁵, lo cual se puede generar por la seguridad y confianza que produce el tener una mayor cantidad de conocimientos asociados a la experiencia laboral.

En síntesis, en base a la evidencia analizada, se puede establecer una relación inversamente proporcional entre el Síndrome de Burnout y la

percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de enfermería en estudio.

CAPITULO II

II.1 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de la presente investigación radica en visibilizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por estos profesionales, donde la ejecución y resultados obtenidos proporcionarán un sustento científico y una amplia gama de conocimientos sobre la situación actual de dicho Síndrome en los enfermeros (as), en este nuevo contexto de pandemia y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda este profesional, desde su propia perspectiva; permitiendo que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales, lo cual es fundamental para delimitar el alcance de los impactos a los que están sometidos estos profesionales y dirigir la promoción del bienestar entre ellos, para que las condiciones físicas y psicológicas de los trabajadores se coloquen en una escala que también sea una prioridad para la efectividad de la cadena de asistencia y valor de servicios de salud pública.

II.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

II.2.1 Objetivo General

Analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

II.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar biosociodemográficamente a los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Caracterizar laboralmente a los Profesionales de Enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Identificar los niveles de Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en los profesionales de enfermería que

realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

- Comparar los niveles de Síndrome Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), entre los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Identificar la relación entre el Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Identificar la relación entre el Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y las variables laborales de los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Identificar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Comparar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados entre los profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.

- Identificar la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.
- Identificar la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables laborales de los profesionales de enfermería que brindan atención de a pacientes COVID-19 y No COVID.

II.3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

H1: Los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19, presentan niveles elevados de Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), con respecto a sus pares que otorgan atención a pacientes No COVID.

H2: Los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a pacientes No COVID-19, presentan mayores niveles de percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, con respecto a sus pares que brindan atención a pacientes COVID-19.

H3: El Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) se relaciona de manera inversa con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.

II.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

- Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.
- Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)
- Biosociodemográficas: edad, género, condición de pareja, hijos, nivel de estudios, actividades de ocio, enfermedad Crónica.
- Laborales: servicio clínico de desempeño, trabajar actualmente con pacientes con diagnóstico de COVID-19, tiempo de profesión, años de experiencia laboral, tiempo de ejercicio en el trabajo actual, modalidad de trabajo, percepción de recursos (físicos, humano), tipo de contrato laboral, número de paciente bajo su cargo.

*** La definición nominal y operacional de las variables se encuentra en el ANEXO N°1.

II.5 SUJETO Y METODO

II.5.1 Diseño de Investigación Estudio cuantitativo. Observacional – corte transversal – de alcance descriptivo – comparativo – correlacional.

II.5.2 Unidad de Análisis Profesionales de enfermería que ejerce labores clínicas en servicios COVID-19 (Unidad de Cuidados Críticos Cardiológica, Especialidades Quirúrgicas, Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR A, Unidad de Cuidados Críticos del Adulto) y No COVID-19 (Centro de Costo Indiferenciado Cirugía. Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR B, Neurología, Neurocirugía, Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica) de un Centro Asistencial del Sur de Chile: Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz (CAVRR).

II.5.3 Población: Profesionales de enfermería que realizan atención directa a pacientes diagnosticados con COVID-19 y pacientes No COVID-19, del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz (CAVRR).

Tabla 2: Población de Profesionales de Enfermería del CAVRR.

Servicio	COVID-19	No COVID-19
UCI Cardiológica	17	
Centro de Costo Indiferenciado Cirugía (Sector A / Sector B)		22
Especialidades Quirúrgicas	17	
CCI del Adulto	26	22
Neurología		4
Neurocirugía		4
UTI del Adulto		21
UCI COVID-19	24	
UCI Pediátrica		9
TOTAL	84	82

Fuente: Unidad de Personal del CAVRR

Para efectos de esta investigación, no se trabajó con muestra, si no que con la totalidad de la población (censo de la población), por tanto no se realiza muestreo. La población se encuentra conformada por dos grupos. El primer grupo compuesto por profesionales de enfermería que ejerce labores clínicas

en servicios COVID-19 (Unidad de Cuidados Críticos Cardiológica, Especialidades Quirúrgicas, Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR A, Unidad de Cuidados Críticos del Adulto) y el segundo grupo conformado por profesionales de enfermería que ejerce labores clínicas en servicios NO COVID (Centro de Costo Indiferenciado Cirugía. Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR B, Neurología, Neurocirugía, Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica). Ambos Grupos se desempeñan en el CAVRR.

Para acceder a la población en estudio, se llevó a cabo la difusión de la invitación para participar en la presente investigación, vía correo electrónico, a través de este mismo medio se les hizo llegar el consentimiento informado y los instrumentos de evaluación, una vez que aceptaron participar.

Se consideró, en el mejor de los escenarios, un porcentaje de aceptación del 80%, lo que daría un total de 133 participantes aproximadamente, finalmente sólo aceptaron a participar 62 profesionales de enfermería.

II.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

II.6.1 Criterios de Inclusión Ser profesional de enfermería, realizar atención de cuidados directa en paciente adulto (mayor o igual a 15 años) con diagnóstico COVID-19 y No COVID-19, en los servicios clínicos mencionados anteriormente, participación voluntaria con respectivo consentimiento informado firmado.

- Cabe destacar que el servicio clínico Unidad de Cuidados Críticos Pediátrica, se reconvirtió como un servicio para atención de pacientes adultos.

II.6.2 Criterios de Exclusión Aquellos profesionales de enfermería que se encuentren con licencia médica o permiso especial durante el periodo de recolección de los datos.

II.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos de investigación que se utilizaron fueron aplicados de forma online, los cuales el participante pudo responder desde la comodidad de su hogar, o en el tiempo y lugar, que estimó conveniente.

- Se utilizó la plataforma Google Forms, para la elaboración de los instrumentos de evaluación en formato online, esta plataforma ayuda a crear encuestas de forma sencilla, comprensible y de fácil respuesta para los participantes.
- Se les invitó a participar de la de investigación, a través de una infografía (ANEXO N°2), la cual se les hizo llegar vía correo electrónico, donde se informó sobre el objetivo de dicha investigación y en que consiste la evaluación.
- El correo fue enviado en primera instancia a las jefaturas de enfermería de cada Servicio Clínico, quienes fueron los encargados de difundir dicho correo a los profesionales de enfermería bajo su cargo.
- El tiempo de invitación para participar de la investigación fue de dos de dos semanas, donde se envió el correo una vez por semana, lo cual fue conversado y solicitado a las jefaturas de enfermería correspondientes.

- Una vez finalizado el tiempo de invitación, se envió vía correo electrónico el Consentimiento informado online para participar de la investigación, el cual se puede visibilizar en el siguiente enlace: <https://docs.google.com/forms/d/1yGPNil26Y41mjl2AYQtyDzSKKE8jRwSjYYULiwdnkHk/edit?usp=sharing> El participante que quiera una copia del Consentimiento Informado, lo puede descargar de forma automática, una vez que acepte participar en la prueba piloto; en dicha copia se encuentran estampadas las firmas de director de CAVRR y de la investigadora a cargo.
- Los profesionales de enfermería que aceptaron participar, se les abrió inmediatamente una nueva ventana en el navegador con los instrumentos de evaluación.
- Una vez que los participantes finalizaron de responder los instrumentos de evaluación, se abrió una nueva ventana agradeciendo su participación en la investigación.
- Se pretendió un mínimo de 133 participantes, personas para cumplir con el porcentaje de aceptación de un 80%.
- Se estimó un tiempo estimado de respuesta de 8 semanas y se insistió 3 veces en este periodo (cada 18 días aproximadamente), reenviando correo electrónico, de no obtener respuesta en este período, se desistirá de insistir.
- Se utilizará un instrumento de evaluación, el cual se divide en 3 secciones que miden:

- a) Características biosociodemográficas y laborales: Cuestionario semiestructurado, con preguntas abiertas y cerradas en el cual se busca identificar variables biosociodemográficas y laborales. Consta de 16 preguntas, tiene una duración variable de 3 minutos. ANEXO N°3,
- b) Síndrome de Burnout: Se aplicará a los profesionales de enfermería el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), cuyo autor es Pedro R. Gil-Monte y su finalidad es la evaluación de los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Tiene una duración variable de 5 minutos. ANEXO N°4
- c) Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados: Se medirá a través del Caring Efficacy Scale (CES), el cual fue desarrollado por Carolie Coates. Tiene una duración variable de 5 minutos. ANEXO N°5

*** En primera instancia, se aplicó la modalidad detallada anteriormente, debido a que el tiempo de respuesta de los participantes fue mayor al esperado y el porcentaje de participación era bajo el umbral, se debió insistir enviando un mayor número de correos y solicitando a las jefaturas el número de contacto personal para hacer llegar vía WhatsApp, el Link con el consentimiento informado y los instrumentos de medición, donde se obtuvo una mejor acogida por los participantes y mayor número de respuesta, obteniendo finalmente un total de 62 participantes.

II.8 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

II.8.1 Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo Su autor es Pedro R. Gil-Monte y su finalidad es la evaluación de los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo Burnout. Consta de 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de 5 puntos, desde nunca (0) hasta muy frecuente: todos los días (4). Las personas deben indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en el cuestionario³⁷. ANEXO N°4.

Los ítems se distribuyen en las siguientes escalas:

- 1) Ilusión por el trabajo (IT) formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.
- 2) Desgaste psíquico (DP) formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

- 3) Indolencia (IN) formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej., pacientes, alumnos, etc.). Los individuos que puntúan alto en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.
- 4) Culpa (C), formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Además de las cuatro escalas anteriores, el CESQT también ofrece la puntuación total Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), que es el resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman las escalas ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia. Los ítems de culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación SQT ya que la escala culpa tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados de SQT: perfil 1 (sin niveles altos de culpa) y perfil 2 (con niveles altos de culpa).

Para obtener las puntuaciones de las subescalas, se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems y se divide por el número de ítems pertenecientes a cada subescala. A partir de las puntuaciones directas se obtienen los percentiles para su correspondiente interpretación

Nivel percentiles:

- Crítico: Mayor a 89
- Alto: 67 a 89
- Medio: 34 a 66
- Bajo 11 a 33
- Muy bajo: Menor de 11

El CESQT, sus psicométricas han sido evaluadas en diferentes grupos de trabajadores chilenos que trabajan con personas (enfermeras, profesionales de servicio y trabajadores que laboran con discapacitados) ⁸⁶, es de uso libre validado en Chile con Alfa de Cronbach superior a 0,70⁸⁷.

II.8.2 Caring Efficacy Scale (CES) Este instrumento Caring Efficacy Scale (CES) desarrollado por Carolie Coates⁵³, es un cuestionario tipo likert que consta de 30 preguntas el cual permite evaluar las características de la atención humanizada de enfermería en el área hospitalaria, tanto de profesionales como de estudiantes para brindar cuidados y relacionarse con los pacientes, basándose en los juicios de cada individuo sobre sus capacidades (percepción), siendo además un predictor para futuras conductas de los profesionales de enfermería frente a los cuidados hacia las personas⁵¹; este instrumento engloba los diez factores del cuidado humanizado según la teoría de Watson⁴⁴: formación humanista-altruista en un sistema de valores, incorporación de la fe-esperanza, el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, el desarrollo de una relación de ayuda y confianza, la aceptación de expresiones

de sentimientos positivos y negativos, el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, la promoción de una enseñanza aprendizaje interpersonal, la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, la asistencia con la gratificación de necesidades humanas y el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales. El instrumento presenta 15 ítems positivos y 15 ítems negativos; los ítems van desde los puntajes -3 a +3: las puntuaciones positivas +1 a +3 traducen aspectos percibidos positivamente respecto al cuidado, de ligeramente de acuerdo (+1) a fuertemente/completamente de acuerdo (+3), las puntuaciones negativas -1 a -3 expresan percepciones de autoeficacia negativas respecto a las cuestiones planteadas, de ligeramente en desacuerdo (-1) a fuertemente/completamente en desacuerdo (-3)⁸⁸. ANEXO N°5.

La puntuación para los ítems positivos es de:

- 64 a 90 puntos: ALTO nivel de otorgar un cuidado humanizado
- 36 a 63 puntos: REGULAR nivel de otorgar un cuidado humanizado
- 34 y menos puntos: BAJO nivel de otorgar un cuidado humanizado.

La puntuación para los ítems negativos es de:

- 15 a 34 puntos: ALTO nivel de otorgar un cuidado humanizado
- 35 a 62 puntos: REGULAR nivel de otorgar un cuidado humanizado

- 63 y más puntos; BAJO nivel de otorgar un cuidado humanizado

Estos ítems se agrupan en dos dimensiones según el tipo de auto cuidado para la subdimensión confianza en el cuidado y la subdimensión dudas e inquietudes sobre la capacidad de las/los enfermeros(as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes. La distribución del ítem según las subdimensiones⁸⁹:

- Confianza en el cuidado: 2,3,4,5,6,7,9,10,11,14,18,19,22,25 y 28.
- Dudas e inquietudes sobre la capacidad de las enfermeras(os) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes: 1, 8,12,13,15,16,17,20,21,23,24,26,27,29 y 30.

Esta escala ha sido utilizada una variedad de organizaciones, hospitales y centros ambulatorios, escuelas de enfermería, organizaciones comunitarias, investigaciones entre otras, para evaluar programas diseñados para mejorar la eficacia de la atención médica. Usados por investigadores y evaluadores de programas en EE. UU., Canadá, Reino Unido, Escocia, China, Filipinas y Japón⁵³. En un estudio realizado en Chile en 2007, que adaptó esta escala a la lengua castellana se identifican 30 ítem, utilizando la escala tipo Likert de 1 a 6 desde totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo, el cual obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.76⁹⁰

II.9 PLAN DE ANALISIS

El procesamiento y análisis de los datos se realizó a través del Programa Estadístico: **IBM SPSS STATISTICS 22 y EPIDAT**. Se exploraron los datos por variable del estudio.

Se realizó análisis descriptivo de cada variable del estudio y análisis estadísticos inferenciales a las hipótesis planteadas:

- Variables biosociodemográficas y laborales:
 - Cuantitativas: Para las variables biosociodemográficas y laborales que son de tipo cuantitativa se utilizaron medidas de resumen (media, mediana).
 - Cualitativas: Para las variables biosociodemográficas y laborales de tipo cualitativo se utilizaron tablas de frecuencia (absoluta y relativa).
- Variable Síndrome de Burnout: Se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana). También se presentaron tablas de frecuencias para su categorización.
- Variable percepción de autoeficacia de cuidados otorgados: Se utilizaron medidas de resumen (media, desviación estándar o mediana, y rango intercuartílico según distribución)
- Para llevar a cabo la relación de variables se utilizó el Coeficiente de

relación de Pearson (medida no paramétrica) según distribución.

- Para llevar a cabo el contraste de las hipótesis: H1: Se realizó una prueba T para comparar las medias del Síndrome de Burnout de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes COVID-19 y NO COVID. H2: Se realizó una prueba T para comparar las medias de la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por los profesionales de Enfermería que atienden a pacientes COVID-19 y NO COVID. H3: Se calculó en base a las hipótesis planteadas en H1 y H2. Se realizó prueba T para muestras independientes y se realizó un cálculo de coeficiente de correlación. Para los contrastes de las hipótesis se consideró una Tasa de Error Tipo 1 del 5%, con 95% de confiabilidad.

II.10 PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de evaluar la aplicación de los instrumentos, su comprensión y medir los tiempos de respuesta en los sujetos de investigación, se planificó la realización de una prueba piloto, la cual fue en formato online. Los participantes deben ser profesionales de enfermería que ejercen labores clínicas en el CAVRR, de la ciudad de Los Ángeles, deben tener a su cuidado pacientes con y sin diagnóstico de COVID-19 en los Servicios clínicos que se especificaron con anterioridad en el apartado II.5 y que deseen voluntariamente participar de esta prueba.

Se les invitó a participar a través de una infografía (ANEXO N°6), la cual se les hizo llegar vía correo electrónico, donde se les informó sobre el objetivo de la investigación y el propósito de la aplicación de dicha prueba piloto.

- 2- El correo fue enviado en primera instancia a las jefaturas de enfermería de cada Servicio Clínico, quien fueron los encargados de difundir dicho correo a los profesionales de enfermería bajo su cargo.
- 3- El tiempo de invitación estimado fue de dos semanas, donde se envió el correo una vez por semana, lo cual fue conversado y solicitado a las jefaturas de enfermería correspondientes.

- 4- Una vez finalizado el tiempo de invitación, se envió vía correo electrónico el consentimiento informado online para participar en la prueba piloto, el cual se puede visibilizar en el siguiente enlace:
<https://docs.google.com/forms/d/1LMNGLaL283Knf9YFGUB4yX4Ur7b-GRCShCW56abrG1E/edit?usp=sharing>
- 5- Los profesionales de enfermería que aceptaron participar de la prueba piloto, se les abrió inmediatamente una nueva ventana en el navegador con los instrumentos de evaluación.
- 6- Una vez que los participantes finalizaron de responder los instrumentos de evaluación, se abrió una nueva ventana agradeciendo su participación en la prueba piloto y se les solicitó que emitieran su observación con respecto a la claridad de los instrumentos utilizados, el tiempo que demoró en contestarlo, si cree que fue fácil o no de responder y si desean que sus datos sean incorporados al estudio final.
- 7- Se pretendió un mínimo de 20 a 30 personas para cumplir con el objetivo de esta etapa.
- 8- Se estimó un tiempo estimado de 3 semanas para la aplicación de la prueba piloto y se insistió dos veces en este periodo (cada 10 días).
- 9- El análisis estadístico se realizó en los programas estadísticos IBM SPSS STATISTICS 22 y EPIDAT. Se exploraron los datos por variable del estudio. Se realizó análisis descriptivo de cada variable del estudio y análisis estadísticos inferenciales a las hipótesis planteadas. Para las variables de

tipo cuantitativa se utilizaron medidas de resumen (media, mediana) y para las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia (absoluta y relativa). Para llevar a cabo la relación de variables se utilizó el Coeficiente de relación de Pearson (medida no paramétrica) según distribución. Para los contrastes de las hipótesis se considerará una Tasa de Error Tipo 1 del 5%, con 95% de confiabilidad.

10- El participante que quiera una copia del Consentimiento Informado, lo puede descargar de forma automática, una vez que acepta participar en la prueba piloto; en dicha copia se encuentran estampadas las firmas de director de CAVRR y de la investigadora a cargo.

II.10.1 Análisis Prueba Piloto

Con el objetivo de evaluar la aplicación de los instrumentos, su comprensibilidad y medir los tiempos de respuesta en los sujetos de investigación, se llevó a cabo la prueba piloto, la cual fue aplicada a los profesionales de enfermería del Centro de Costo Indiferenciado Cirugía del CAVVR, de la ciudad de Los Ángeles, Chile.

El piloto fue desarrollado por 16 profesionales de enfermería, de los cuales 15 representan el género femenino y 1 el género masculino. La prueba se llevó a cabo en formato online a través de la plataforma Google Forms, la

cual no presentó inconvenientes durante su aplicación, presentando un tiempo de llenado promedio de 7-12 minutos, no habiendo mayores problemas de comprensión en relación con los instrumentos de evaluación y sus interrogantes.

Se midió la fiabilidad los instrumentos de evaluación, donde el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, arrojó un Alfa de Cronbach 0,859 y el Caring Efficacy Scale un Alfa de Cronbach 0,788; lo que indica una solides interna de ambos instrumentos.

En síntesis, se concluye que la metodología utilizada, con relación a la plataforma de difusión, tiempos y los instrumentos aplicados, cumplen con el propósito de la presente investigación.

II.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para efectos de esta investigación, al estar involucrados seres humanos, se resguardaron sus derechos y el respeto a la dignidad humana, a través de los lineamientos de las normas nacionales e internacionales, como el Código de Núremberg^{91,92}, la Declaración de Helsinki Código ético del CIE⁹³ y requisitos éticos de Ezequiel Emanuel⁹⁴. Los datos personales tuvieron tratamiento confidencial y fueron custodiados por el candidato al grado de Magíster. Los datos obtenidos se resguardaron en una base de datos creadas por el investigador responsable, hasta 10 años desde la publicación de esta investigación, donde asegurará el anonimato de los participantes. Los datos se resguardarán por el período mencionado, en caso de ser necesarios para futuras investigaciones, posteriormente serán desechados.

Los 8 requisitos éticos propuestos por Ezequiel Emmanuel, que fueron cautelados por la investigadora, son:

- 1) Asociación colaborativa: La asociación colaborativa se realizó a través de una carta de solicitud y autorización a respaldar la investigación y de expresión de interés, de parte del directivo máximo el Sr. Felipe Silva Cabezas del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz (CAVRR), las cuales se pueden visualizar en el ANEXO N°7, ANEXO N°8 y ANEXO N°9.

Los aspectos éticos de este estudio se resguardaron, con la presentación y aprobación del proyecto por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y también fue presentado a la Unidad de estudio científico del CAVRR y posteriormente al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Bío Bío.

Una vez que se contó con las autorizaciones correspondientes, se dio puesta en marcha al proyecto de investigación.

A partir de la presente investigación se pueden desarrollar asociaciones con investigadores, fabricantes de políticas de salud y la comunidad, ya que los resultados obtenidos servirán para mejorar las condiciones laborales de los profesionales de enfermería y el cuidado otorgado por estos a los usuarios del Servicio de Salud. Además, se puede involucrar a los participantes en compartir las responsabilidades para determinar la importancia de los problemas detectados, evaluar el valor de la investigación, planificación, conducción y supervisión de la investigación e integrando la investigación en el sistema de salud.

- 2) Valor: La investigación buscó analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19, donde la ejecución y resultados obtenidos proporcionaron un sustento científico y una amplia gama de conocimientos

sobre la situación actual del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en este nuevo contexto de pandemia y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda el profesional de enfermería, desde su propia perspectiva; permitiendo que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales, lo cual es fundamental para delimitar el alcance de los impactos a los que están sometidos estos profesionales y dirigir la promoción del bienestar entre ellos, para que las condiciones físicas y psicológicas de los trabajadores se coloquen en una escala que también sea una prioridad para la efectividad de la cadena de asistencia y valor de servicios de salud pública.

- 3) Validez científica: La metodología fue válida y realizable. La presente investigación tuvo un objetivo claro, estuvo diseñada usando principios, métodos y prácticas. Es un estudio original, el cual se ciñó de manera rigurosa a la metodología de la investigación.
- 4) Selección equitativa del sujeto: Se seleccionaron grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación. Una selección equitativa de sujetos requiere que a todos los grupos se les ofrezca la oportunidad de participar en la investigación a menos que existan buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad, lo cual se les ofreció la posibilidad de participar a quienes

cumplan con los criterios de inclusión. Los participantes están en condiciones de beneficiarse de la investigación, ya que a partir de los resultados obtenidos se podrán establecer las medidas de intervención correspondientes. La selección de sujetos está diseñada para reducir al mínimo los riesgos para estos y a su vez que se maximizan los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación.

La invitación inicial para participar en la investigación se hizo a través de correo electrónico, mediante una infografía, el cual fue confeccionado por la investigadora.

- 5) Proporción favorable del riesgo - beneficio: Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia. El principio de no maleficencia sostiene que no se debe causar daño a una persona. Esto justifica la necesidad de reducir al mínimo los riesgos de la investigación. El principio de la beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Esto se traduce en la presente investigación en maximizar los beneficios de la investigación tanto para el sujeto individual como para la sociedad, donde los beneficios exceden los riesgos. En esta investigación se buscó siempre la protección de los participantes, velando por la integridad de éstos al no interferir con el cuidado otorgado por parte del profesional de enfermería durante su atención a pacientes con COVID-19. Además, la información entregada por ellos y comentarios surgidos del proceso investigativo no serán entregados de forma que se identifique a los

participantes de manera particular, sino que los resultados se presentarán de manera general al concluir la investigación. Así mismo los resultados que se obtuvieron permitirán visibilizar las condiciones laborales a fin de que se puedan obtener mejoras en éstas para disminuir el estrés y mejorar el cuidado otorgado. Los riesgos asociados pueden verse al momento de recordar situaciones complejas vividas en el cuidar de pacientes con COVID-19 o no, y las condiciones de fallecimiento de pacientes, para ello se ofreció que las personas puedan acudir a medicina de personal para ser evaluadas por profesionales competentes. En caso de detección de niveles críticos de SQT, se elaboró un flujograma de actuación, el cual se encuentra en el ANEXO N°10.

- 6) Evaluación independiente: La evaluación independiente fue llevada a cabo por el comité de ética del Servicio de Salud Bío- Bío, la cual será a entidad de resguardar este principio. La investigadora se encuentra en un plan de estudios para optar al Grado de Magíster en Enfermería, su trabajo de investigación fue supervisado constantemente por su docente guía para evitar que minimizar algún sesgo, así mismo esta investigación fue evaluada por evaluadores externos e internos, además el proyecto fue evaluado a ciegas por el comité de la Facultad de Enfermería y Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción, el cual se encuentra integrado por los académicos Mónica Burgos M, Patricia Cid H, Maritza Espinoza V y Luis Luengo M.

7) Consentimiento informado: En esta investigación, se elaboró un consentimiento informado en base a lo que establece la legislación vigente en Chile dispuesto en la Ley 20.120 y en la 20.584. Este consentimiento informado fue revisado y visado en primera instancia por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, posterior a su aprobación, fue visado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Bío - Bío. (Anexo N°7). En este documento se concretó el completo anonimato de las personas que participaron de la investigación y además se destacó la confidencialidad de este. De igual manera se explicitó que los datos obtenidos serían usados por la investigadora para la publicación en revistas científicas. El consentimiento informado se recogió en modalidad online, el cual se les hizo llegar a los participantes, vía correo electrónico y se encuentra en el siguiente enlace de acceso:

<https://docs.google.com/forms/d/1yGPniI26Y41mjl2AYQtyDzSKKE8jRwSjYYULiwdnkHk/edit?usp=sharing>. En los ANEXOS N°11 y N°12, se encuentran

los Consentimientos Informado, de la Prueba Piloto y Proyecto de Investigación, respectivamente.

8) Respeto a los sujetos inscritos: Para el cumplimiento de este requisito se le permitió al sujeto cambiar de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o preferencias, y a retirarse sin sanción. Su privacidad fue respetada en todo momento. En reconocimiento a la

contribución de los sujetos a la investigación clínica, se le informará sobre los resultados y lo que se aprendió del estudio, previamente se acordará la forma de hacerle llegar los resultados. Durante la investigación se vigiló cuidadosamente al sujeto a lo largo de su participación por si experimentaban alguna situación adversa, a fin de proporcionarle un tratamiento apropiado y, si es necesario, retirarlo de la investigación, de igual manera se avisará a todos los participantes si ocurriese algún evento negativo que los pudiese afectar.

II.12 PLAN DE TRABAJO

Tabla 3: Plan de trabajo.

ACTIVIDADES	2021												2022							2023		
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	
Defensa proyecto de tesis	X	X																				
Ingreso del Proyecto al Comité Ética Facultad de Enfermería			X	X																		
Ingreso del proyecto al Comité Ético Científico del CAVRR						X	X															
Preparación del equipo de Trabajo Investigador y estadístico						X	X															
Preparación encuestas online						X	X															
HITO 1: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA																						
Actualizar información de la población e inicio de Muestreo						X	X															
Envío de encuestas online								X	X	X												
Seguimiento de encuestas online								X	X	X												
Construcción de base de datos para el ingreso de la información.										X	X											
Recolección y tabulación de información										X	X											
Análisis estadístico de los resultados y Discusión de los datos obtenidos													X	X	X	X						
Evaluación de los objetivos propuestos, realizar la discusión y elaborar las conclusiones														X	X	X	X					
Tabulación y presentación visual para informe																X	X					
Seminario de difusión de resultados a organizaciones participantes de la investigación.																		X	X			
Defensa de Tesis																						X

CAPITULO III

III.1 ANALISIS DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se visibilizan los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos de la investigación.

III.1.1 Análisis de resultados según objetivos

- **Objetivo N°1:** Caracterizar biosociodemográficamente a los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 4: Distribución de enfermeros (as), según las características biosociodemográficas.

Variable		N	%	Media
Edad categorizada (años)	23 – 25	3	4,8	32,6
	26 - 30	21	33,9	
	31 - 35	24	38,7	
	36 - 40	9	14,5	
	41 y más	5	8,1	
Género	Femenino	49	79	
	Masculino	13	21	
Condición de pareja	Con pareja	46	74,2	
	Sin pareja	16	25,8	
Número de hijos	0	37	59,7	
	1	10	16,1	
	2	11	17,7	
	3	4	6,5	
Nivel de estudios	Titulado	13	21	
	Diplomado	38	61,3	
	Especialidad	4	6,5	
	Magíster	7	11,3	
Realiza alguna actividad de ocio	No	14	22,6	
	Sí	48	77,4	
Enfermedades crónicas	Sin enfermedades crónicas	47	75,8	
	Hipotiroidismo	7	11,3	
	Hipertensión arterial	4	6,5	
	Artrosis mandíbula y Depresión	1	1,6	
	Colitis ulcerosa	1	1,6	
	Diabetes Mellitus	1	1,6	
	Resistencia a la insulina	1	1,6	

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

De acuerdo con la información recabada, se puede deducir que el colectivo de profesionales de enfermería predominantemente corresponde al género femenino (79%), con una media de edad de 32,6 años, donde el 38,7% se encuentra en el rango de edad de 31 -35 años y le sigue los sujetos de 26 – 30 años con un 33,9%.

El 74,2% tiene pareja estable; 59,7% no tiene hijos. En cuanto a la formación académica de los sujetos, el 79,1%, se ha perfeccionado, destacando los diplomados (61,3%), le sigue el Magíster (11,3%) y finalmente alguna especialización en el área de enfermería (6,5%). Durante su tiempo libre, el 77,4% de los profesionales de enfermería, realiza algún tipo de actividad de ocio. La mayoría no presenta enfermedades crónicas, un bajo porcentaje presenta hipotiroidismo.

- **Objetivo N°2:** Caracterizar laboralmente a los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 5: Distribución de enfermeros (as), según las características laborales.

Variable		N	%	Media
Tiempo desde que egresó de la universidad (años)	< 2	3	4,8	7,4
	2 - 5	22	35,5	
	6-10	19	30,6	
	>10	18	29,0	
Tiempo de experiencia profesional (años)	< 2	7	11,3	7,1
	2 - 5	21	33,9	
	6-10	15	24,2	
	>10	19	30,6	
Tiempo ejerciendo en el trabajo actual (años)	< 2	12	19,4	5,7
	2 - 5	22	35,5	
	6-10	16	25,8	
	>10	12	19,4	
Servicio clínico en el cual se desempeña	Centro de Costo Indiferenciado Cirugía	17	27,4	
	Especialidades Quirúrgicas	10	16,1	
	Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector A	8	12,9	
	Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto	8	12,9	
	Unidad de Cuidados Críticos del Adulto	7	11,3	
	Unidad Crítica Cardiológica	6	9,7	
	Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector B	2	3,2	
	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	2	3,2	
	Unidad de Neurocirugía	1	1,6	
Consideración de recursos (físico, humano)	Unidad de Neurología	1	1,6	
	Insuficientes	28	45,2	
Modalidad de trabajo	Suficientes	34	54,8	
	Sistema cuarto turno	58	93,5	
Trabajar con Pacientes con diagnóstico de COVID-19	Sistema diurno	4	6,5	
	No	19	30,6	10,1
N° de pacientes bajo su cargo / cuidado	Sí	43	69,4	
	< o igual a 5	24	38,7	
	6 – 10	3	4,8	
	11 – 15	33	53,2	
Tipo de contrato laboral	>o igual a 16	2	3,2	
	Contrata	29	46,8	
	Reemplazo	12	19,4	
	Titular	10	16,1	
	Honorarios	8	12,9	
	Suplencia	3	4,8	

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Al categorizar laboralmente a los profesionales de enfermería se evidencia que la media es de 7,4 años desde que egresó desde la Universidad, la media del tiempo de experiencia profesional, no supera los 7 años, cuyos porcentajes se distribuyen de manera pareja en los distintos rangos.

De los 10 servicios clínicos, en los cuales los sujetos se desempeñan, destaca el Centro de Costo Indiferenciado Cirugía, con un 27,4% de participación y las Unidades de Neurocirugía y Neurología con menor participación, más de la mitad de los sujetos considera suficientes los recursos materiales y humanos, del Servicio clínico en el cual se desempeñan, para ejercer su labor. La mayoría se desempeña en la modalidad de sistema de cuarto turno, Casi el 70% de los entrevistados, realiza atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19, con una media de 10,1 pacientes bajo su cuidado.

- **Objetivo N°3:** Identificar los niveles de Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

La puntuación total del SQT de los profesionales de enfermería, se obtiene a partir de las Subescalas Ilusión por el Trabajo (IT), la cual se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal, percibe su trabajo como atractivo e incorpora también un componente de autoeficacia profesional; Desgaste Psíquico (DP), definido como la aparición de agotamiento emocional y físico; Indolencia (IN), caracterizada por la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, altas puntuaciones de esta Subescala indica que los sujetos presentan insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes y por último la Subescala Culpa (C), definida como como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

En la tabla 6, se aprecia que los niveles predominantes de SQT en los sujetos, son: medio, crítico y alto, lo que refleja SQT en estos trabajadores.

Tabla 6: Puntuación total de Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y percentiles en enfermeros (as).

Nivel de SQT	Percentiles (P)	N	%
Muy Bajo	< 11	1	1,6
Bajo	11 – 33	5	8,1
Medio	34 – 66	21	33,9
Alto	67 – 89	17	27,4
Crítico	>o igual a 90	18	29

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Tabla 7: Niveles de subescalas que conforman el Cuestionario Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT): Ilusión por el trabajo (IT), desgaste psíquico (DP), indolencia (IN) y culpa (C), en enfermeros (as).

Escala	Nivel	N	%
IP	Muy bajo	8	12,9
	Bajo	17	27,4
	Medio	27	43,5
	Alto	10	16,1
DP	Muy bajo	2	3,2
	Bajo	3	4,8
	Medio	23	37,1
	Alto	14	22,6
	Crítico	20	32,3
IN	Muy bajo	2	3,2
	Bajo	3	4,8
	Medio	30	48,4
	Alto	4	6,5
	Crítico	23	37,1
C	Muy bajo	5	8,1
	Bajo	6	9,7
	Medio	25	40,3
	Alto	16	25,8
	Crítico	10	16,1

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Al analizar las subescalas que conforman el CSQT, se evidencia que predominan los niveles medio (43,5%) y bajo (27,4%) en IT, esto explica que a más bajas puntuaciones mayor nivel de SQT. En todas las subescalas de DP,

IN y C predominan los niveles medio, crítico y alto. Esto visibiliza la presencia del SQT en los trabajadores.

Tabla 8: Perfiles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as), según subescala culpa (C).

Perfiles	N	%
Perfil 1	50	80,6
Perfil 2	12	19,4

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

La subescala culpa (C), no contribuye al cálculo de la puntuación total del SQT, ya que esta tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados del SQT: perfil 1, sin niveles altos de culpa y perfil 2, con niveles alto de culpa. Para realizar el cálculo del perfil 1, los sujetos deben presentar niveles críticos de IT, DP, IN y no críticos de C y para el perfil 2, los sujetos deben presentar niveles críticos de IT, DP, IN y C.

Se evidencia que la mayoría de los profesionales de enfermería se encuentran en el perfil 1, es decir sin niveles muy altos o críticos de culpa y la minoría en el perfil 2, con niveles críticos de culpa. Lo que indica que ambos

perfiles, presentan niveles elevados de SQT, pero sólo el perfil 2, manifiesta sentir culpa.

- **Objetivo N°4:** Comparar los niveles de Síndrome Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) entre los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 9: Distribución de enfermeros (as) por servicio clínico, que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

			No	Sí
Servicio Clínico	Centro de Costo Indiferenciado Cirugía	N	17	0
		%	100	0
	Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector A	N	0	8
		%	0	100
	Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector B	N	0	2
		%	0	100
	Especialidades Quirúrgicas	N	0	10
		%	0	100
	Unidad Crítica Cardiológica	N	0	6
		%	0	100
	Unidad de Cuidados Críticos del Adulto	N	0	7
		%	0	100
	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	N	0	2
		%	0	100
	Unidad de Neurocirugía	N	0	1
		%	0	100
	Unidad de Neurología	N	0	1
		%	0	100
	Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto	N	2	6
	%	25	75	
Total		N	19	43
		%	30,6	69,4

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

La tabla 9 muestra la distribución de profesionales de enfermería por servicio clínico que atiende a pacientes con diagnóstico de COVID-19, donde se evidencia que el 69,4% de los sujetos atienden a pacientes con dicho diagnóstico, encontrándose conformado por los servicios clínicos: Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector A, Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector B, Especialidades Quirúrgicas, Unidad Crítica Cardiológica, Unidad de Cuidados Críticos del Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidad de Neurocirugía, Unidad de Neurología, Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto (Mixto).

Tabla 10: Distribución de niveles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as) según servicio clínico en el que se desempeñan.

			Niveles SQT					Total
			Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Crítico	
Servicio Clínico	Centro de Costo	N	0	0	5	8	4	17
	Indiferenciado Cirugía	%	0	0	29,4	47,1	23,5	100
	Centro de Costo	N	0	1	2	3	2	8
	Indiferenciado del Adulto Sector A	%	0	12,5	25	37,5	25	100
	Centro de Costo	N	0	0	1	1	0	2
	Indiferenciado del Adulto Sector B	%	0	0	50	50	0	100
	Especialidades Quirúrgicas	N	0	0	6	2	2	10
		%	0	0	60	20	20	100
	Unidad Crítica Cardiológica	N	0	1	1	1	3	6
		%	0	16,7	16,7	16,7	50	100
	Unidad de Cuidados Críticos del Adulto	N	1	2	1	1	2	7
		%	14,3	28,6	14,3	14,3	28,6	100
	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	N	0	0	1	0	1	2
		%	0	0	50	0	50	100
	Unidad de Neurocirugía	N	0	0	0	0	1	1
		%	0	0	0	0	100	100
	Unidad de Neurología	N	0	0	0	0	1	1
		%	0	0	0	0	100	100
	Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto	N	0	1	4	1	2	8
		%	0	12,5	50	12,5	25	100
Total	N	1	5	21	17	18	62	
	%	1,6	8,1	33,9	27,4	29	100	

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Al analizar los niveles del SQT por servicio clínico, se evidencia que el nivel más predominante es el medio con un 33,9%, le sigue el nivel crítico con un 29% y en tercer lugar el nivel alto con un 27,4%. Al desglosar por cada

servicio clínico, no difiere de lo que se evidencia a modo global, donde cada servicio clínico se encuentra entre los niveles medio, alto y críticos del SQT.

Tabla 11: Niveles de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en enfermeros (as), según atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

			Niveles SQT					Total
			Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Crítico	
Trabaja con pacientes con Diagnóstico de COVID -19	No	N	0	0	6	8	5	19
		%	0	0	31,6	42,1	26,3	100
	Sí	N	1	5	15	9	13	43
		%	2,3	11,6	34,9	20,9	30,2	100
Total	N	1	5	21	17	18	62	
	%	1,6	8,1	33,9	27,4	29	100	

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Los niveles predominantes del SQT en profesionales de enfermería que no trabajan atendiendo a pacientes con diagnóstico de COVID-19, son alto, medio y crítico en orden descendente, donde ningún sujeto presenta niveles muy bajo, ni bajo de SQT. En relación con los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19, el nivel predominante es el medio con un 33,9%, le sigue el crítico con un 29% y finalmente alto con un

27,4%; a diferencia de sus pares si hay sujetos que presentan niveles bajo y muy bajo de SQT, lo que sugiere que el SQT es independiente del lugar de trabajo.

Tabla 12: Niveles de subescala del Cuestionario del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT) en enfermeros (as), según atención y no atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Subescala SQT	Trabajar con pacientes con diagnóstico de COVID -19	Niveles SQT					
			Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Crítico
IP	Si	N	7	10	18	8	
		%	16,3	23,3	41,9	18,6	
	No	N	1	7	9	2	
		%	5,3	36,8	47,4	10,5	
DP	Si	N	2	3	20	6	12
		%	4,7	7	46,5	14	27,9
	No	N	0	0	3	8	8
		%	0	0	15,8	42,1	42,1
IN	Si	N	2	2	23	2	14
		%	4,7	4,7	53,5	4,7	32,6
	No	N	0	1	7	2	9
		%	0	5,3	36,8	10,5	47,4
C	Si	N	3	4	17	12	7
		%	7	9,3	39,5	27,9	16,3
	No	N	2	2	8	4	3
		%	10,5	10,5	42,1	21,1	15,8

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Al analizar los niveles de las subescalas que conforman el CSQT, se evidencia que los niveles predominantes en la subescala IT es el medio y bajo, tanto en los en los enfermeros (as) que brindan atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19 como en los que no realizan este tipo de atención. En la subescala DP predominan los niveles medio - crítico y alto - crítico en los enfermeros (as) que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19 y los que no brindan este tipo de atención respectivamente. Los niveles medio y crítico son predominantes en la subescala IN en ambos grupos y en la subescala C destacan los niveles medio y alto para ambos.

- **Objetivo N°5:** Identificar la relación entre el Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 13: Relación entre el Síndrome Quemarse por el Trabajo (SQT) y variables biosociodemográficas.

Variable		SQT Global	Correlación de Pearson	Niveles de SQT	
Edad	23-25	Media	1,0	2,7	
		Mediana			,056
	26-30	Media	1,4	3,8	
		Mediana			1,5
	31-35	Media	1,5	3,8	
		Mediana			1,5
	36-40	Media	1,7	4,1	
		Mediana			1,7
	41 y más	Media	1,4	3,6	
		Mediana			1,3
	Género	Femenino	Media	1,5	
			Mediana		1,3
Masculino		Media	1,5	3,8	
		Mediana			1,6
Condición de pareja	Con pareja	Media	1,5	3,8	
		Mediana			1,5
	Sin pareja	Media	1,3	3,4	
		Mediana			1,1
Número de hijos	0	Media	1,5	3,9	
		Mediana			1,5
	1	Media	1,4	3,5	
		Mediana			1,2
	2	Media	1,3	3,4	
		Mediana			1,1
	3	Media	1,9	4,3	
		Mediana			1,7
Nivel de estudios	Titulado	Media	1,3	3,5	
		Mediana			1,3
	Diplomado	Media	1,5	3,7	
		Mediana			1,5
	Especialidad	Media	1,4	3,5	
		Mediana			1,2
	Magíster	Media	1,8	4,3	
		Mediana			1,6
Realiza actividad de ocio	Si	Media	1,4	3,8	
		Mediana			1,5
	No	Media	1,5	3,7	
		Mediana			1,4
Presenta enfermedad crónica	Si	Media	1,3	3,4	
		Mediana			1,2
	No	Media	1,5	3,9	
		Mediana			1,5

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

Al analizar la relación del SQT global y niveles de SQT con la variable edad, se evidencia que en los rangos de 26-40 años, los niveles de SQT aumentan progresivamente, predominando los niveles medio y alto, no así, en los extremos de las edades, donde predomina un SQT global bajo y medio, lo que demuestra una discreta relación directa entre el SQT y la variable edad.

En relación con el género, ambos presentan un SQT global alto, predominando el nivel medio-alto, siendo el género masculino quien tiene una discreta mayoría. La variable condición de pareja, ambos grupos, tienen un SQT global medio-alto, donde los que tiene pareja presentan niveles alto y los que no, niveles medio de SQT. Se evidencia una relación inversa entre el SQT y la variable número de hijos, lo que indica que, a mayor número de hijos, menor son los niveles de SQT; en los extremos, tanto los profesionales de enfermería que no tienen hijos y los que tienen 3 hijos, presentan niveles alto de SQT. Se demuestra una relación directa entre el SQT y el nivel de estudio, donde los profesionales que tiene mayor formación académica presentan niveles medio y alto de SQT. En relación con la variable actividad de ocio, ambos grupos predominan nivel alto de SQT, siendo sutilmente mayor en los que realizan actividad de ocio. Los profesionales de enfermería que no presentan enfermedades crónicas presentan nivel alto de SQT, no así en sus pares, que sí presentan alguna enfermedad crónica, donde predominan los niveles medio de SQT.

- **Objetivo N°6:** Identificar la relación entre el Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) y las variables laborales de los profesionales de enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 14: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y variables laborales.

Variable		SQT Global	Correlación de Pearson	Niveles de SQT
Tiempo desde que egresó de la Universidad	< 2	Media	1,6	4,3
		Mediana	1,9	5,0
	2 – 5	Media	1,3	3,4
		Mediana	1,3	3,0
	6 -10	Media	1,6	3,9
		Mediana	1,6	4,0
>10	Media	1,5	3,8	
	Mediana	1,6	4,0	
Tiempo de experiencia profesional	< 2	Media	1,4	3,7
		Mediana	1,3	3,0
	2 – 5	Media	1,4	3,6
		Mediana	1,3	4,0
	6 -10	Media	1,5	3,7
		Mediana	1,4	4,0
>10	Media	1,6	3,9	
	Mediana	1,7	4,0	
Tiempo ejerciendo en el trabajo actual	< 2	Media	1,3	3,6
		Mediana	1,3	3,5
	2 – 5	Media	1,4	3,5
		Mediana	1,4	3,5
	6 -10	Media	1,5	3,8
		Mediana	1,5	4,0
>10	Media	1,6	4,2	
	Mediana	1,7	4,0	
Consideración de recursos (físico, humano)	Suficientes	Media	1,4	3,6
		Mediana	1,3	3,0
	Insuficientes	Media	1,6	3,9
		Mediana	1,6	4,0
Modalidad de trabajo	Sistema cuarto turno	Media	1,5	3,8
		Mediana	1,5	4,0
	Sistema diurno	Media	1,4	3,5
		Mediana	1,5	3,5
N° de pacientes bajo su cargo / cuidado	< o igual a 5	Media	1,3	3,6
		Mediana	1,2	3,5
	6 -10	Media	1,9	4,7
		Mediana	1,9	5,0
	11-15	Media	1,5	3,8
		Mediana	1,5	4,0
>o igual a 16	Media	1,3	3,5	
	Mediana	1,3	3,5	
Tipo de contrato laboral	Contrata	Media	1,6	3,8
		Mediana	1,6	4,0
	Reemplazo	Media	1,4	3,7
		Mediana	1,3	3,5
	Titular	Media	1,5	3,9
		Mediana	1,7	4,0
	Honorarios	Media	1,2	3,4
		Mediana	1,1	3,0
Suplencia	Media	1,4	3,7	
	Mediana	1,5	4,0	

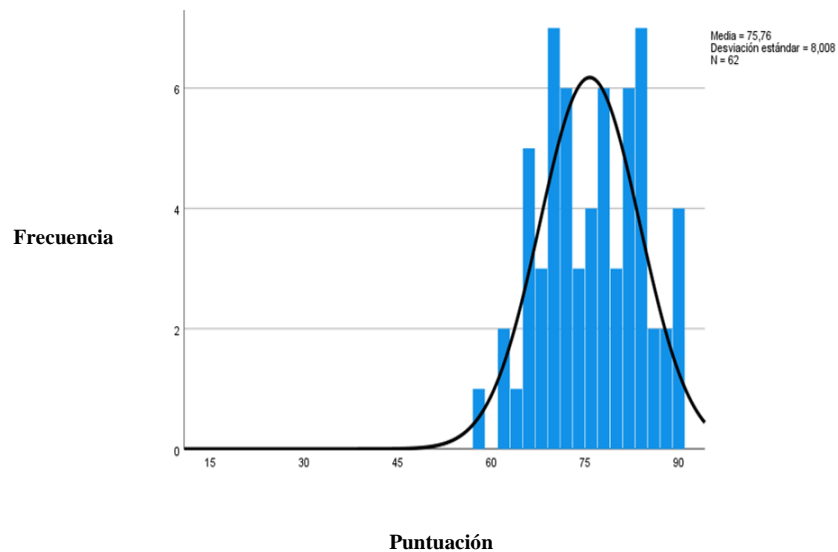
Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

Se evidencia una relación directa, entre las variables tiempo desde que egresó de la universidad, tiempo de experiencia profesional y tiempo ejerciendo en el trabajo actual, donde predominan los niveles de SQT medio y alto, a medida que aumentan los años transcurridos de dichas variables, siendo la excepción, los profesionales que tienen un periodo menor de dos años, desde que egresaron de la universidad, donde destaca en este grupo los niveles críticos de SQT. Con relación a la variable consideración de recursos, el SQT global para ambos, es alto y según el nivel de SQT, los profesionales que consideran suficientes los recursos con los cuales se desempeñan, presentan niveles medios de SQT y sus pares que consideran insuficientes los recursos, presentan niveles alto de SQT. Los profesionales de enfermería que se desempeñan en sistema diurno y cuarto turno, ambos presentan un SQT global y niveles de SQT alto, siendo discretamente mayor en los enfermeros (as) que se desempeñan en modalidad de cuarto turno. Se demuestra una relación directa entre la variable N° de paciente bajo su cuidado y el SQT, donde a mayor número de pacientes a cargo, mayor son los niveles de SQT. Se evidencia que los enfermeros (as) que se encuentran contratados, son titulares o suplente de un cargo, presentan niveles alto de SQT y los que son reemplazo, honorario presentan niveles medio de SQT.

- **Objetivo N°7:** Identificar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.

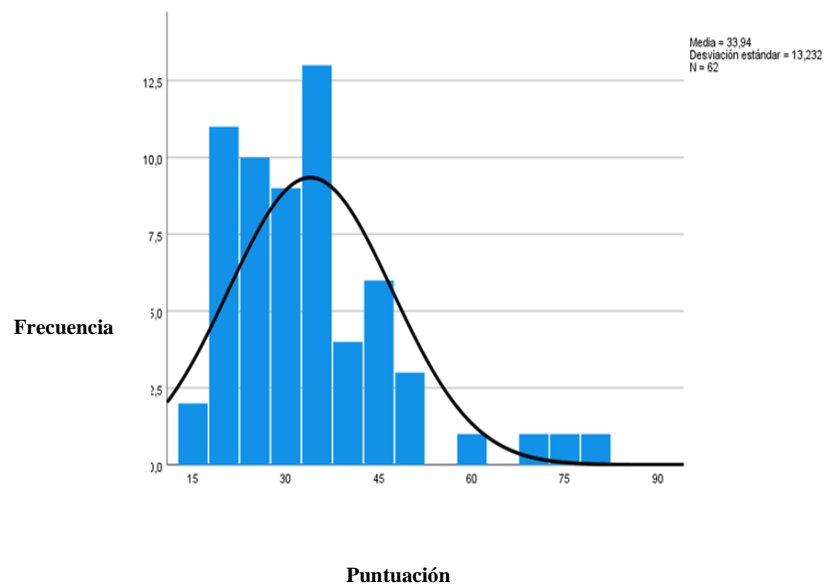
Ilustración 5: Percepción de autoeficacia de enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC).



Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

La ilustración 5, evidencia que los profesionales de enfermería presentan una percepción alta del nivel de otorgar cuidados humanizados, lo que indica aspectos percibidos positivamente respecto al cuidado que brindan.

Ilustración 6: Percepción de autoeficacia de enfermeros (as), subdimensión dudas e inquietudes (SDI).



Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

En la ilustración 6, Subdimensión dudas e inquietudes (invertida), se evidencia que los profesionales de enfermería presentan una baja puntuación, por tanto, tienen una percepción alta del nivel de otorgar cuidados humanizados.

Tabla 15: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), según subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI).

Subdimensión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Confianza del cuidado	Bajo	0	0
	Regular	4	6,5
	Alto	58	93,5
Dudas e inquietudes	Alto	36	58,1
	Regular	23	37,1
	Bajo	3	4,8

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

En la subdimensión confianza del cuidado, el 93,5%, de los profesionales de enfermería presenta un alto nivel de otorgar cuidados humanizados y ninguno presentó un nivel bajo para proporcionar cuidados. En la subdimensión dudas e inquietudes se evidencia que un 58,1% de los profesionales de enfermería, presenta un alto nivel de otorgar de cuidados humanizados y el 41.9% presentó niveles regular y bajo para proporcionar cuidado.

Tabla 16: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), según subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), por servicio clínico.

Servicio Clínico		S. confianza del cuidado		S. dudas e inquietudes		
		Regular	Alto	Alto	Regular	Bajo
Centro de Costo Indiferenciado Cirugía	N	0	17	9	7	1
	%	0	100	52,9	41,2	5,9
Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector A	N	1	7	3	4	1
	%	12,5	87,5	37,5	50	12,5
Centro de Costo Indiferenciado del Adulto Sector B	N	0	2	1	1	0
	%	0	100	50	50	0
Especialidades Quirúrgicas	N	1	9	6	4	0
	%	10	90	60	40	0
Unidad Crítica Cardiológica	N	0	6	5	1	0
	%	0	100	83,3	16,7	0
Unidad de Cuidados Críticos del Adulto	N	1	6	6	1	0
	%	14,3	85,7	85,7	14,3	0
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	N	1	1	1	1	0
	%	50	50	50	50	0
Unidad de Neurocirugía	N	0	1	0	0	1
	%	0	100	0	0	100
Unidad de Neurología	N	0	1	0	1	0
	%	0	100	0	100	0
Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto	N	0	8	5	3	0
	%	0	100	62,5	37,5	0

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Al analizar los niveles para otorgar cuidados humanizados en enfermeros (as) según servicio clínico, subdimensión confianza del cuidado, se evidencia que la mayoría de los servicios clínicos presentan un alto nivel para otorgar cuidados, sólo tres unidades presentaron puntuaciones regulares, lo que indica un regular nivel para brindar cuidados humanizados.

En la subdimensión dudas e inquietudes se evidencia que, muy pocas unidades presentaron niveles bajos para este ítem, lo que demuestra la alta capacidad de los enfermeros (as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes.

- **Objetivo N°8:** Comparar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados entre los profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 17: Niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), en enfermeros (as), según atención y no atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

		S. confianza del cuidado				S. dudas e inquietudes			
		Regular	Alto	Media	Alto	Regular	Bajo	Media	
Trabaja con pacientes con Diagnóstico de COVID -19	No	N	0	19	73,2	10	8	1	33,5
		%	0	100		52,6	42,1	5,3	
	Si	N	4	39	76,9	26	15	2	34,1
		%	9,3	90,7		60,5	34,9	4,7	

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19, 2023.

Los profesionales de enfermería que no brindan atención a pacientes con diagnóstico de COVID -19, en la SCC, presentan una media de 73,2 puntos, similar al grupo que brindó atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19,

lo que se traduce en que ambos grupos presentan un alto nivel para brindar cuidados humanizados, según su percepción.

En la SDI, los profesionales de enfermería que brindaron atención a pacientes con diagnóstico de COVID -19 y los que no otorgaron este tipo de atención, presentaron medias similares, lo que indica, que ambos, presentan un alto nivel de autoeficacia con respecto a las relaciones de cuidados que otorgan.

- **Objetivo N°9:** Identificar la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables biosociodemográficas de los profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 18: Relación entre los niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), y variables biosociodemográficas.

Variable		S. Confianza del cuidado (SCC)	Correlación de Pearson	S. dudas e inquietudes (SDI)	Correlación de Pearson	
Edad	23-25	Media	81,0	-,099	32,0	-,030**
		Mediana	82,0		24,0	
	26-30	Media	74,6		36,7	
		Mediana	73,0		31,0	
	31-35	Media	77,3		31,3	
		Mediana	78,0		30,0	
	36-40	Media	74,7		33,6	
		Mediana	75,0		32,0	
	41 y más	Media	72,0		37,2	
		Mediana	70,0		37,0	
Género	Femenino	Media	75,7	33,3		
		Mediana	76,0	31,0		
	Masculino	Media	76,0	36,2		
		Mediana	73,0	35,0		
Condición de pareja	Con pareja	Media	76,0	33,9		
		Mediana	77,0	32,5		
	Sin pareja	Media	75,2	33,9		
		Mediana	75,5	29,5		
Número de hijos	0	Media	76,6	34,1	-,072	-,042
		Mediana	78,0	31,0		
	1	Media	73,5	34,2		
		Mediana	75,0	32,0		
	2	Media	75,2	34,2		
		Mediana	72,0	35,0		
	3	Media	74,8	31,3		
		Mediana	76,0	29,0		
Nivel de estudios	Titulado	Media	75,9	30,9		
		Mediana	76,0	29,0		
	Diplomado	Media	75,3	34,0		
		Mediana	76,5	32,0		
	Especialidad	Media	76,5	35,5		
		Mediana	76,5	36,0		
	Magíster	Media	77,3	38,3		
		Mediana	76,0	34,0		
Realiza actividad de ocio	Si	Media	75,8	34,3		
		Mediana	78,0	32,5		
	No	Media	75,8	32,6		
		Mediana	72,0	29,0		
Presenta enfermedad crónica	Si	Media	78,2	31,3		
		Mediana	82,0	30,0		
	No	Media	75,0	34,8		
		Mediana	76,0	33,0		

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

Al identificar la relación de la percepción de autoeficacia, de cuidados otorgados por enfermeros (as), la variable edad presenta relación discreta inversa con escala de SCC, mientras que, para la SDI, existe relación inversa, esto determina que, a mayor edad, menor es la percepción de autoeficacia con respecto a los cuidados que otorgan los profesionales de enfermería.

De manera similar la variable número de hijos, se relaciona inversamente con la SCC y la SDI, lo que demuestra que, a menor número de hijos, mayor es la percepción de autoeficacia.

- **Objetivo N°10:** Identificar la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables laborales de los profesionales de enfermería que brindan atención de a pacientes COVID-19 y No COVID.

Tabla 19: Relación entre niveles de otorgamiento de cuidados humanizados en enfermeros (as), subdimensión confianza del cuidado (SCC) y subdimensión dudas e inquietudes (SDI), y variables laborales.

Variable		S. Confianza del cuidado (SCC)	Correlación de Pearson	S. dudas e inquietudes (SDI)	Correlación de Pearson	
Tiempo desde que egresó de la Universidad	< 2	Media	77,3	-,083	43,7	-,123
		Mediana	78,0		33,0	
	2 – 5	Media	76,2		33,5	
		Mediana	78,0		29,5	
	6 -10	Media	74,9		36,4	
		Mediana	72,0		37,0	
>10	Media	75,8	30,3			
	Mediana	75,0	28,5			
Tiempo de experiencia profesional	< 2	Media	77,0	-,073	38,7	-,124
		Mediana	78,0		33,0	
	2 – 5	Media	75,4		35,8	
		Mediana	76,0		31,0	
	6 -10	Media	76,2		33,4	
		Mediana	78,0		35,0	
>10	Media	75,4	30,5			
	Mediana	75,0	32,0			
Tiempo ejerciendo en el trabajo actual	< 2	Media	76,0	-,040*	35,2	-,209
		Mediana	78,0		30,0	
	2 – 5	Media	75,0		39,6	
		Mediana	72,0		37,5	
	6 -10	Media	77,5		27,9	
		Mediana	78,5		24,0	
>10	Media	74,7	30,3			
	Mediana	75,0	33,0			
Consideración de recursos (físico, humano)	Suficientes	Media	76,5	35,2		
		Mediana	78,0	32,0		
	Insuficientes	Media	74,9	32,4		
		Mediana	72,0	32,0		
Modalidad de trabajo	Sistema turno cuarto	Media	75,8	33,8		
		Mediana	77,0	32,0		
	Sistema diurno	Media	75,5	36,5		
		Mediana	73,5	33,0		
N° de pacientes bajo su cargo / cuidado	< o igual a 5	Media	76,3	30,8	,001**	
		Mediana	78,0	28,5		
	6 -10	Media	77,7	66,0		
		Mediana	81,0	70,0		
	11-15	Media	74,9	33,4		
		Mediana	72,0	32,0		
>o igual a 16	Media	80,0	32,5			
	Mediana	80,0	32,5			
Tipo de contrato laboral	Contrata	Media	74,8	33,7		
		Mediana	73,0	34,0		
	Reemplazo	Media	73,6	37,8		
		Mediana	72,5	33,5		
	Titular	Media	78,0	29,6		
		Mediana	79,0	28,5		
	Honorarios	Media	79,9	37,6		
		Mediana	79,0	32,0		
	Suplencia	Media	75,0	25,7		
		Mediana	72,0	29,0		

Fuente: Relación Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-

19, 2023.

Al identificar la relación de la percepción de autoeficacia, de cuidados otorgados por enfermeros (as), con las variables laborales, se evidencia que, la SCC y la SDI, presentan una relación inversa con las variables: tiempo desde que egresó de la universidad, tiempo de experiencia profesional y tiempo ejerciendo en el trabajo actual, lo que indica que, a menor tiempo de estas variables, mayor es la percepción de autoeficacia con respecto a los cuidados que otorgan. La SCC presenta una discreta relación inversa con el número de pacientes que tienen los enfermeros (as) bajo su cuidado, no así en la SDI, donde presenta una relación directa con esta variable.

III.1.2 Contraste de Hipótesis

- H1: Los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19, presentan niveles elevados de Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT), con respecto a sus pares que otorgan atención a pacientes No COVID.

Tabla 20: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) y atención a pacientes con / sin diagnóstico de COVID-19.

SQT Global		Prueba T para igualdad de medias					
		Media	N	Diferencia de medias	Significación P de dos colas	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
Trabaja con pacientes con Diagnóstico de COVID -19	Si	1,39	19	0,24	0,138	-0,08	0,56
	No	1,63	43				
	Total	1,47	62				

Al realizar la prueba T para ambos grupos, se demuestra que no existe diferencias significativas entre los profesionales que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19 y aquellos que no brindan este tipo de atención, en

relación con el SQT, por tanto, se manifiesta que en ambos grupos predominan los niveles alto de SQT. Por ello se descarta H1.

- H2: Los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a pacientes No COVID-19, presentan mayores niveles de percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, con respecto a sus pares que brindan atención a pacientes COVID-19.

Tabla 21: Relación entre percepción de autoeficacia de cuidados y atención directa de pacientes con / sin diagnóstico de COVID-19.

Prueba T para igualdad de medias

Percepción de Autoeficacia			Subdimensión confianza del cuidado	Subdimensión dudas e inquietudes
Trabaja con pacientes con Diagnóstico de COVID -19	Si	Media	76,9	34,1
		N	43	43
	No	Media	73,2	33,5
		N	19	19
Diferencia de medias			-3,75	-0,67
Significación P de dos colas			0,089	0,857
95% de intervalo de confianza de la diferencia	Inferior		-8,09	-8,02
	Superior		0,59	6,68

No se presentan relaciones significativas en las variables estudiadas, ya que ambos declaran un nivel alto de otorgar cuidados humanizados, lo que descarta H2.

- H3: El Síndrome de Burnout (SB) / Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) se relaciona de manera inversa con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.

Tabla 22: Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.

		Percepción de Autoeficacia	
		Subdimensión confianza del cuidado	Subdimensión dudas e inquietudes
SQT Global	Correlación de Pearson	-0,442	0,452
	Sig. (bilateral)	<,001	<,001
	N	62	62

Al realizar el contraste entre las variables, se observa que existe una relación inversa altamente significativa entre el SQT y la percepción de

autoeficacia de cuidados, lo que indica que a mayor SQT, menor será la percepción de autoeficacia los profesionales. Por tanto, se comprueba H3.

III.2 DISCUSION

La pandemia causada por el nuevo coronavirus, SARS COV-2, se declaró como emergencia de salud pública de interés internacional por la Organización Mundial de la Salud⁹⁵, la cual ha dejado en evidencia un aumento de las enfermedades de salud mental entre los profesionales sanitarios¹⁵, dentro de este grupo, destaca el profesional de enfermería como primera línea de cuidado – asistencia, quienes se ven diariamente enfrentados a diversas situaciones asistenciales que exigen un alto nivel de adaptación, lo que podría ocasionar estrés. Cuando este estrés se relaciona con el trabajo, sobrepasando los niveles adaptativos de los individuos y llega a ser crónico recibe el nombre de Síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT). El SB, se ha conceptualizado como un síndrome psicológico que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral y está compuesto por tres dimensiones: desgaste emocional o agotamiento, despersonalización e incompetencia profesional o reducida realización profesional^{8,9}. Por otro lado, Gil-Monte define a este fenómeno como Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el cual considera, como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, caracterizado por un deterioro cognitivo y afectivo. El deterioro cognitivo se manifiesta por pérdida de la ilusión por el trabajo y desencanto

profesional. El deterioro afectivo se manifiesta por agotamiento emocional y físico y por actitudes y/o conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización. Todos estos sentimientos a veces están acompañados de culpa¹⁰.

Ahora bien, la opinión que tiene el sujeto sobre lo que puede hacer con los recursos que tiene disponible define el concepto de Autoeficacia percibida, por tanto, son los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, a través de los cuales va a organizar y ejecutar sus actos, de tal forma que le permita obtener el resultado que desea. La percepción de autoeficacia del enfermero (a) determinará el tipo de conductas elegidas, la cantidad del esfuerzo dedicado a enfrentar situaciones difíciles y el tiempo que se persistirá en el intento de solucionarlas⁵⁰.

En la presente investigación, se planteó analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros /as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19, cuyas variables fueron evaluadas a través del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) y el Caring Efficacy Scale (CES), donde se evidenció el predominio de niveles de SQT medio, crítico y alto, cuyos resultados se asemejan a los hallazgos de otras investigaciones^{96,97} y lo ocurrido durante el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) ⁷³⁻⁷⁶,

además se obtuvo un alto nivel de percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por parte de los profesionales de enfermería.

En relación con las características biosociodemográficas y los niveles de SQT, la población estuvo constituida principalmente por el género femenino (79%), situación característica de la profesión de enfermería a nivel mundial, donde las enfermeras son vistas como como esposa del médico, en su labor de ayudante, madre de los pacientes al brindar su cuidado y empelada doméstica de los establecimientos de salud⁹⁸, predominando discretamente el nivel alto de SQT en el género masculino y medio-alto en el género femenino.

La edad media fue de 32,6 años, esta variable se correlacionó de forma directa con el SQT, lo que indica que, a mayor edad, mayores niveles de SQT; situación que no difiere de otro estudio llevados a cabo⁹⁹, lo que probablemente pueda estar relacionado con el tiempo de desgaste que se genera con la edad. El 74,2% tienen una pareja estable, predominando en este grupo el nivel alto de SQT, y nivel medio en los profesionales que no tienen pareja, siendo esta diferencia imperceptible, aproximadamente el 60% no tiene hijos, lo cual se debe principalmente a que es una población joven , que se encuentra en la etapa de adultez media¹⁰⁰, esta variable se correlacionó discretamente de forma inversa al SQT, donde a menor número de hijos, mayor es el nivel de SQT, lo cual se puede deber, a que, el tener un mayor número de hijos, permite al profesional de enfermería sobrellevar de mejor forma las diferentes

situaciones de estrés, debido a que se encuentran constantemente en un proceso de adaptación durante el proceso de crianza, lo que les ha permitido desarrollar las herramientas necesarias de adaptación, no así en sus pares que no tienen hijos.

En cuanto al nivel de estudios, cerca del 80% de los profesionales de enfermería, se ha ido perfeccionando académicamente a lo largo de su carrera profesional, donde destacan los Diplomados, Magíster y Especialización en el área, lo cual es necesario, ya que, el proceso salud enfermedad es versátil y requiere ir integrando nuevos conocimientos, para hacer frente al constante cambio del sistema de salud y mejora de los cuidados de calidad¹⁰¹. Es importante destacar que, a mayor nivel de estudio, mayores son los niveles de SQT, lo que se podría explicar a la demanda de trabajo y estudio simultáneamente, donde los profesionales que deciden perfeccionarse deben ejercer ambas actividades (trabajo, estudio y trabajo doméstico) al unísono.

Más del 70% de los sujetos realiza algún tipo de actividad de ocio, donde no se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de SQT, entre los enfermeros (as) que realizan y no realizan algún este tipo de actividad; por tanto, el tiempo dedicado al ocio no es una variable que mejore o alivie el SQT en este estudio, quizás se deban realizar más investigaciones asociadas a esta variable. La minoría (24%), presenta alguna enfermedad crónica, destacando el

hipotiroidismo e hipertensión arterial, y para ellos predominó el nivel medio de SQT.

Con respecto a las características laborales y los niveles de SQT, se evidenció que los enfermeros (as), presentaban una media de 7 años, para las variables: tiempo desde que egresaron de la universidad, tiempo de experiencia profesional y de tiempo ejerciendo en el trabajo actual, las cuales se correlacionaron de forma directa con el SQT, lo que indica que a mayor número de años de estas variables, mayor es el nivel de SQT, lo que a criterio de la investigadora y acorde a otros estudios se podría explicar por la rutina y monotonía de ejercer en el mismo lugar y área de trabajo¹⁰²; por ello y quizás como una manera de disminuir las probabilidades de SQT y como generador de crecimiento profesional, sea aconsejable la rotación de los enfermeros (as) en los puestos de trabajo, tal como se ha mencionado en otros estudios relacionados con la temática^{103,104}.

Más de la mitad de los encuestados, considera suficiente los recursos con los cuales se desempeña en su área de trabajo, situación que difiere de otros profesionales de enfermería, que estuvieron ejerciendo durante el pico de la pandemia¹⁰⁵⁻¹⁰⁷; esta situación se puede explicar, debido a que, actualmente hay un mayor conocimiento y manejo del COVID-19 y las jefaturas se han preparado de modo más eficiente en relación a los recursos materiales para combatir este virus, lo que se traduce en que los enfermeros (as), se

encuentren conforme con los recursos físico y humano con los cuales se desempeñan. Es relevante mencionar que predominaron los niveles alto y medio de SQT en los profesionales de enfermería que consideran insuficientes los recursos con los cuales se desempeñan y los profesionales que consideran suficiente los recursos, respectivamente. Y por ello se visibiliza que la falta de protección personal es una variable que influye en la percepción del SQT.

La modalidad de trabajo predominante es el sistema cuarto turno rotativo, modalidad que es predominante en la mayoría de los Hospitales a lo largo de todo Chile, este estudio demostró que los enfermeros (as) que trabajan en modalidad de cuarto turno, presentaron niveles más alto de SQT que los profesionales que trabajan en modalidad diurna (de lunes a jueves, en horario 08:00 – 17:00 horas y los días viernes 08:00 – 16:00 horas, no trabajan feriados y festivos), probablemente la diferencia de los niveles de SQT en ambos grupos, radica en que aquellos que trabajan en sistema rotativo, deben cumplir con turnos extras, para reemplazar ausentismos laborales de otros profesionales del área a fin de mantener el funcionamiento del sistema sanitario, lo que conlleva a disminuir los días y horas de descanso entre turnos, muchos de ellos en fines de semanas y feriados. Es muy importante mencionar que, durante el período de pandemia, el recurso humano de enfermería fue escaso y por tanto la sobrecarga laboral de los profesionales del área fue mayor para poder dar respuesta a la situación país y a la pandemia a nivel global¹⁰⁸⁻

El 70% aproximadamente de los enfermeros (as) trabaja con paciente con diagnóstico de COVID-19, con una media de diez pacientes bajo su cuidado, situación que no difiere de la realidad de los Hospitales Chilenos¹⁰⁹, esta variable, presentó una correlación directa con el SQT, es decir, a mayor número de pacientes bajo su cuidado, mayor es el nivel de SQT. Este hallazgo permite visibilizar la sobrecarga de los enfermeros/as y cómo esta repercute en la salud del trabajador, situación que a futuro debiese ser evaluada por las instituciones sanitarias y legislativas. Se evidencia que los enfermeros (as) que tienen contrato definido (anual), son titulares o suplente de un cargo, presentan niveles alto de SQT y los que son reemplazo, honorario presentan niveles medio de SQT, resultado concordantes con otro estudio¹⁰².

La puntuación total del SQT de los profesionales de enfermería, se obtiene a partir de las subescalas Ilusión por el Trabajo (IT), la cual se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales, porque suponen una fuente de satisfacción personal, percibe su trabajo como atractivo e incorpora también un componente de autoeficacia profesional; desgaste psíquico (DP), definido como la aparición de agotamiento emocional y físico; indolencia (IN), caracterizada por la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, altas puntuaciones de esta subescala indica que los sujetos presentan insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes y por último la subescala culpa (C), definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento

y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales³⁷.

Al analizar las subescalas que conforman el Cuestionario del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CSQT), se evidencia que predominan los niveles medio y bajo en ilusión por el trabajo en las subescalas de desgaste psíquico e indolencia, predominan los niveles medio y en la subescala C los niveles medio y alto. Estos resultados se pueden relacionar a la sobrecarga laboral y despersonalización que pudiesen estar viviendo los profesionales de enfermería, donde estas variables se consideran como un predictor significativo de las dimensiones de desgaste psíquico y de ilusión por el trabajo en el trabajo, enmarcado en el escenario de pandemia por COVID-19¹¹⁰.

El desgaste psíquico, algunos estudios lo relacionan con la insatisfacción laboral, poca identificación con la institución, trabajar en sistema de turno, género femenino, mayor experiencia profesional, inconformidad con el turno en el que labora y la falta de reciprocidad percibida en los intercambios sociales¹¹¹⁻¹¹³, lo cual coincide con las características biosociodemográficas y laborales del presente estudio. En cuanto a la dimensión indolencia, la existencia de niveles medio – crítico, es un aspecto de gran relevancia, cuando se presenta en áreas de unidades de cuidado crítico e intermedio, ya que es particularmente en estas áreas donde las relaciones entre el personal de salud, paciente – familia cobran un valor especial en la prestación de la atención de salud¹¹⁴⁻¹¹⁵, dentro

de este contexto, actitudes negativas de indiferencia, frialdad y distanciamiento, por parte de estos profesionales, pueden llevar a pérdida de empatía, insensibilidad y falta de interés ante los problemas de los pacientes, presentando actitudes despersonalizadas en la interacción con el sujeto de cuidado¹⁶.

La subescala culpa (C), no contribuye al cálculo de la puntuación total del SQT, ya que esta tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados del SQT: Perfil 1, sin niveles altos de culpa y Perfil 2, con niveles alto de culpa. Para realizar el cálculo del perfil 1, los sujetos deben presentar niveles críticos de ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y no críticos de C y para el perfil 2, los sujetos deben presentar niveles críticos de ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa¹²¹. En relación con lo anterior se evidencia que el 19,4% se encuentran en el perfil 2 con niveles muy altos o críticos de culpa, lo cual se debe a que su trabajo no les genera satisfacción personal, están muy agotados emocionalmente, son insensibles, no se conmueven ante el estado de salud de sus pacientes, donde estas actitudes negativas y comportamiento favorece el desarrollo de la culpa¹¹⁶. Situación que es alarmante para quienes deben brindar cuidados humanizados a las personas.

Estos resultados evidencian la presencia de consecuencias negativas para la salud física y psicológica de este grupo de profesionales, generando

fatiga crónica, alteraciones del sueño, cefaleas, hipertensión arterial, pérdida de peso, irritabilidad, depresión, ansiedad y angustia; en la relaciones interpersonales, en el ámbito familiar y laboral, donde este último repercutiría en la institución en la cual se desempeñan, incrementando el ausentismo laboral y deseo de abandonar el lugar de trabajo, lo que genera como consecuencia una disminución de la calidad de la atención brindada por parte de estos profesionales^{117,118}, siendo el principal afectado, el usuario receptor de los cuidados.

Al comparar los niveles de SQT en los profesionales de enfermería con y sin atención directa de pacientes con diagnóstico de COVID-19, se comprobaron diferencias en los niveles de SQT entre estos grupos, siendo mayor en el grupo de profesionales que no brindaban atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19, estos resultados se contraponen a los hallazgos de otra investigación⁷⁷, donde, al comparar entre dos grupos de profesionales de enfermería: los de primera línea (grupo de exposición) y otras enfermeras que trabajan en salas habituales (grupo de no exposición), se obtuvo que las puntuaciones de estrés laboral y agotamiento en el grupo de exposición con infección por COVID-19, fueron significativamente más altas que en el grupo de no exposición, esta diferencia podría ser explicada, ya que, a medida que los profesionales de enfermería fueron adquiriendo experiencia y mayor contacto con pacientes COVID-19, estos realizaron medidas de adaptación para sobrellevar la carga emocional que trae consigo el enfrentar

una situación desconocida, lo que indicaría un mejor manejo de este tipo de pacientes, dando como resultado menor desarrollo de SQT, no así sus pares que evidenciaron mayores niveles de SQT, lo que podría ser explicado a criterio de la investigadora, a que viven constantemente con la incertidumbre de manejar este tipo de pacientes, lo que provoca una respuesta psicológica a la amenaza percibida, lo que aumentaría sus niveles de estrés¹¹⁹.

Para medir la percepción de autoeficacia de los cuidados otorgados por los profesionales de enfermería, se utilizó el instrumento Caring Efficacy Scale (CES) desarrollado por Carolie Coates⁵³, donde las puntuaciones positivas se traducen en aspectos percibidos positivamente respecto al cuidado y las puntuaciones negativas, expresan percepciones de autoeficacia negativas respecto a las cuestiones planteadas. Estos ítems se agrupan en dos dimensiones: Subdimensión confianza en el cuidado (SCC) y la subdimensión dudas e inquietudes (SDI) sobre la capacidad de las/los enfermeros(as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes⁸⁹.

Al analizar la percepción de autoeficacia, se evidencia que en la subdimensión confianza del cuidado (SCC), presenta una media de 75,8 y en la subdimensión dudas e inquietudes (SDI) 33,9 lo que indica para ambas subdimensiones existe un alto nivel de otorgamiento de cuidados humanizados, de quienes participaron de este estudio. El 93,5% presenta nivel alto en SCC, no se evidencia ningún nivel bajo, esto sugiere que se sienten seguros de su

capacidad para realizar intervenciones de cuidado y satisfacer las necesidades del paciente; en la SDI el 58,1% presenta nivel alto, si se evidencia niveles regulares (37,1%) y bajo (4,8%), lo que se traduce en percepciones de autoeficacia negativas sobre la capacidad de las enfermeras (os) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes, sintiéndose inseguros (as) para expresar su empatía, cuidado y comunicación¹²⁰.

Al relacionar las variables biosociodemográficas con la percepción de autoeficacia, se evidencia que, la variable edad, presenta una relación inversa con la SCC y la SDI, lo que indica que a menor edad, mayor nivel de percepción de autoeficacia, lo que se podría explicar, con los hallazgos mencionados previamente, donde se evidenció una relación directa entre el SQT y la variable edad, tendiendo en consideración este hallazgo y que más adelante detallaremos que el SQT se relaciona de forma inversa con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, se puede dar respuesta al resultado obtenido. En ambos géneros, se evidencia un alto nivel de percepción de autoeficacia, siendo discretamente mayor en el género femenino, lo cual se debe a la mayor representatividad de este género en la población estudiada y también por la forma en la que el género se involucra con la autoeficacia, donde existen varios patrones diferenciales en función de las características, conductas, creencias y rasgos que se poseen, por ejemplo, el rol instrumental se relaciona con autoeficacia en el caso de las mujeres, pero en los hombres esto se relaciona con la falta o menor autoeficacia¹²¹.

Se demuestra una relación inversa entre la variable número de hijos y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, para ambas subdimensiones (SCC – SDI), lo que sugiere que los profesionales de enfermería, que tienen un mayor número de hijos, menor es la percepción de autoeficacia con respecto a los cuidados que brindan, lo que podría estar relacionado a la sobrecarga de cuidar a sus propios hijos y además a los pacientes que tienen bajo su cargo. El nivel de estudio, se relaciona de forma inversa con la SDI, lo que indica que a mayor formación académica, los profesionales de enfermería presentan mayores dudas e inquietudes sobre su capacidad para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes, es decir presentan menos cercanía con el paciente, por otra parte en la SCC, se evidencia un alto nivel de percepción de autoeficacia sin diferencias significativas en cuanto al nivel académico, lo que indica mayor confianza con respecto a los cuidados que otorgan, lo cual es concordante, ya que el poseer los conocimientos suficientes, le otorgan al profesional confianza, seguridad y validez con respecto a las labores que realiza.^{120,84}.

Con respecto a la presencia de enfermedad crónica, la percepción de autoeficacia es alta, para ambas subdimensiones, siendo discretamente mayor para aquellos profesionales que sí presentan alguna enfermedad crónica, lo cual podría ser explicado, a que el constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud, como el manejo de enfermedades crónicas, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad

para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud, lo que indica que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general¹²².

Al relacionar las variables laborales con la percepción de autoeficacia, se evidencia que las variables: tiempo desde que egresó de la Universidad, tiempo de experiencia profesional y tiempo ejerciendo en el trabajo actual, presentaron una relación inversa con la SCC y la SDI, lo que indica que a menor tiempo de estas variables, mayor es la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, resultado que difiere de la relación directa que se ha evidenciado en otros estudios entre la autoeficacia y el tiempo de experiencia profesional, pero ha sido concordante con un estudio llevado a cabo con otros profesionales del área de educación¹²³. A criterios de la investigadora, la respuesta para estos resultados, se debe a que los profesionales de enfermería recién egresados, por tanto con menor experiencia profesional, presentan ilusión por su trabajo, sin desgaste psíquico y buscan establecer relaciones de calidad con los usuarios, lo que implica que puedan brindar una atención humanizada con respecto a los cuidados que otorgan, lo que se traduce en mayor autoeficacia; no así en sus pares con mayor experiencia profesional que se encuentran desgastados física y psicológicamente por su trabajo.

La variable consideración de recursos: suficientes e insuficientes, la variable modalidad de trabajo: sistema diurno y sistema cuarto turno, presentaron un alto nivel de percepción de autoeficacia, para ambas subdimensiones, sin diferencias estadísticamente significativas. El número de pacientes bajo su cuidado, se relacionó de forma inversa con la SCC, es decir que a menor número de pacientes, mayor es la confianza en el cuidado que otorgan los profesionales de enfermería, debido a que es una atención más personalizada, y se relacionó de forma directa con la SDI, donde el mayor número de pacientes implica mayores dudas e inquietudes sobre la capacidad de las enfermeras (as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes, ya que, el profesional de enfermería, presenta una mayor demanda de trabajo y por tanto, tiene menos tiempo de desarrollar el vínculo enfermero (a) – paciente. Lo cual es muy importante, porque avala la necesidad de reestructurar el número de pacientes por enfermeras y deja al descubierto la falta del recurso humano de enfermería.

El tipo de contrato laboral no influyó sobre el nivel de percepción de autoeficacia, ya que, en ambas subdimensiones, se evidenciaron niveles altos. Al comparar los niveles de percepción de autoeficacia en profesionales que atienden y no atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19, ambos grupos presentan altos niveles de otorgamiento de cuidados humanizados, no habiendo diferencias estadísticamente significativas. Esto deriva de las habilidades y conocimientos que han ido obteniendo los profesionales de

enfermería durante el transcurso de la pandemia, ya que en la etapa inicial de ésta, los enfermeros (as) tenían más probabilidades de preocuparse de ser ineficaces para llevar a cabo su trabajo, lo que se debía a que el COVID-19 era un nuevo virus, totalmente desconocido, donde carecían de experiencia y confianza para afrontarlo lo que desencadenaba un bajo nivel de autoeficacia^{81,82} y al aumentar los conocimientos y manejo del virus del SARS COV-2, su empoderamiento y autoeficacia se acrecentaron.

Al realizar el contraste de hipótesis se demuestra que no existe diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales que atienden a pacientes con diagnóstico de COVID-19 y aquellos que no brindan este tipo de atención, en relación con el SQT, demostrándose que en ambos grupos predominan los niveles medio - alto de SQT. Estos resultados refutaron la H1, donde se quería demostrar que “Los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19, presentan niveles elevados de SB o SQT, con respecto a sus pares que otorgan atención a pacientes No COVID -19”. Por tanto, frente a una pandemia, todo el personal de enfermería se vio afectado por el SQT, independientemente de su área de trabajo.

Con respecto a la percepción de autoeficacia, no se presenta una diferencia estadísticamente significativa para la SCC y la SDI, en los profesionales de enfermería que brindan y no brindan atención a pacientes con

diagnóstico de COVID-19, ya que ambos declaran un nivel alto de otorgamiento de cuidados humanizados, esto permite reforzar el compromiso de enfermería que tiene con el cuidado de todo tipo de pacientes. Por tanto, se refuta H2.

Finalmente, se presentan correlaciones estadísticamente significativas, inversa para la SCC y directa para la SDI, lo que se traduce, en que, a mayores niveles de SQT, menor será la percepción confianza con respecto a los cuidados que otorgan los profesionales de enfermería, para la SCC; y niveles altos de SQT indican, mayores puntuaciones en relación a las dudas e inquietudes sobre la capacidad de las enfermeros (as) para desarrollar relaciones de cuidado con los pacientes, para la SDI, la cual es una subescala invertida, que indica que mayores puntuaciones se asocian a percepciones de autoeficacia negativas con respecto a los cuidados que otorgan. En síntesis, se comprueba H3, la cual pretendía demostrar que “el Síndrome de Burnout se relaciona de manera inversa con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados”, hallazgos concordantes con estudios previos^{124,125}.

III.3 CONCLUSION

Se concluye en este estudio que la profesión de enfermería, sigue siendo predominante el género femenino, lo que denota el desarrollo histórico de esta profesión a través de la perspectiva de género.

En cuanto a las variables biosociodemográficas y laborales, como la edad y experiencia profesional, se han relacionado directamente con las variables Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y Percepción de autoeficacia, lo cual toma relevancia en este estudio, ya que la profesión de enfermería, es actualmente una profesión joven, lo que aporta a la disciplina, vitalidad, nuevas perspectivas, modernidad, conocimientos actualizados y por tanto menor nivel de Burnout y mayor Autoeficacia, lo que permite brindar una Gestión del Cuidado, de calidad, oportuna e integral. Si bien esto es positivo para la profesión, aun se debe trabajar en el índice enfermera-paciente, donde se ha demostrado, que a mayor número de pacientes, mayor son los niveles de Burnout, lo que impide que el enfermero (a) logre otorgar un atención que cubra las necesidades de los usuarios, lo que puede generar en el profesional, incertidumbre y dudas sobre su capacidad de llevar a cabo la tarea de la Gestión del Cuidado.

El desarrollo del Burnout ha sido independiente del área de trabajo, sin ser excluyentes entre los profesionales que brindaban atención a pacientes con

diagnóstico de COVID-19 y los que no brindaban este tipo de atención. Por tanto es imperante trabajar en la salud mental de los profesionales de enfermería, donde la pandemia por SARS COV-2 ha hecho decaer aún más la salud mental de aquellos enfermeros (as) que ya acaecían de sus niveles de adaptación.

Si bien el Síndrome de Burnout y la Percepción de Autoeficacia son inversamente proporcionales, es importante destacar que a pesar del predominio de los niveles medio y crítico del SQT en este estudio, hubo una alta percepción de autoeficacia por parte de los profesionales de enfermería, lo que indica que aunque el medio sea desfavorable, tienen la capacidad de confiar en sus capacidades de cuidado.

Cabe mencionar que la autoeficacia de los individuos podría atenuar los efectos negativos del estrés, en conjunto con el apoyo social de la familia y la comunidad. La autoeficacia y el apoyo social pueden ser un gran avance para regular el estrés psicológico de los trabajadores de la salud. En términos de autoeficacia, las jefaturas de enfermería y las entidades correspondientes, pueden mejorar el nivel de autoeficacia de su personal a cargo, aumentando la experiencia exitosa directa de estos, mejorando el entorno de la práctica de enfermería y los incentivos oportunos.

Este estudio evidenció la especial importancia de considerar la salud física y mental e identificar las fuentes generadoras de estrés, para mejorar la situación y reducir los riesgos laborales en especial la aparición del SQT, para

así reforzar la autoeficacia y obtener cuidados eficaces y eficientes en la atención otorgada por estos profesionales, siendo el objetivo final, enfermeros (as) mentalmente sanos que brinden cuidados de calidad al usuario receptor de éstos.

III.4 LIMITACIONES

Para efectos de esta investigación se realizó un censo de la población, conformada por un universo de 166 profesionales de enfermería, se esperaba un porcentaje de participación del 80%, donde finalmente accedieron a participar sólo 62 participantes, lo que denota un tamaño reducido de la población global del estudio, lo cual se debió a las dificultades para aplicar los instrumentos de medición, lo que podría tener cierta relación con el agotamiento psicológico que están padeciendo los profesionales de enfermería, generando una actitud negativa a participar y responder instrumentos de investigación. De acuerdo con lo anterior, los resultados obtenidos en este estudio sólo son representativos de la investigación y no se pueden extrapolar a la población en general, debido al tamaño de la población estudiada. Se sugiere llevar a cabo este estudio, en una población de mayor tamaño, para que los resultados obtenidos sean representativos de la población.

CAPITULO IV

IV.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landeros E, Salazar T. Reflexiones sobre el cuidado. Rev Enfermer. [Internet]. 2006 [Citado 2020 Ago 17]; 14 (3): 121-122. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063a.pdf>
2. Morfi R. Gestión del Cuidado en Enfermería. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2010 [Citado 2020 Sept 29]; 26 (1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es
3. Milos P, Bórquez B, Larrain A. La "Gestión del Cuidado" en la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance. Cienc. Enferm. [Internet]. 2010 [Citado 2020 Sept 29]; 16(1): 17-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>.
4. Ministerio de Salud de Chile. Aprueba Norma General Administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada, Exenta N° 1127. [Internet]. 2007 [Citado 2020 Ago 03]. Disponible en: <https://enfermeriachl.files.wordpress.com/2018/11/resolucion-nc2b0-1127-norma-nc2b0-19.pdf>

5. Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. [Internet]. 2004 [Citado 2020 Ago 03]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es
6. Torrades S. Estrés y Burnout. Definición y Prevención. Elsevier. [Internet]. 2007 [Citado 2020 Ago 03]; 26 (10): 104-107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13112896>
7. Díaz F, Gómez I. La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre el 2000-2010. Psicología desde el Caribe. [Internet]. 2016 [Citado 2020 Ago 03]; 33 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>
8. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Ocup Behav. [Internet]. 1981 [Cited 2020 Aug 03]; 2 (2) 99-113. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
9. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). Rev Acta Colombiana de Psicología. [Internet]. 2007 [Citado 2020 Ago 03]; 10(2):117-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>
10. Grazziano E, Ferraz Bianchi E. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. Enferm. glob. [Internet]. 2010 [Citado 2020 Ago 03]; (18). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100020&lng=es.

11. Maslach C. Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. Keynote Article. The European Health Psychologist. [Internet]. 2011 [Cited 2020 Aug 03]; (13) 44-47. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/01f2/de6ea1883059538abe7f8e39c36c6f72a830.pdf>
12. Laschinger H, Wong C, McMahon L, Kaufmann C. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. J Nurs Adm. [Internet]. 1999 [Cited 2020 Aug 03]; 29(5):28-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10333859/>
13. Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care. [Internet]. 2004 [Cited 2020 Aug 03]; 42 (2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14734943/>
14. O'Brien L, Griffin P, Shamian J, Buchan J, Duffield C, Hughes F, et al. The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. Policy Polit Nurs Pract. [Internet]. 2006 [Cited 2020 Aug 03]; 7(3):169-79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17071704/>
15. Astres M; Alves A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. Revista

- Cuidarte. [Internet]. 2020 [Citado 2020 Sept 15]; 11 (2) 2-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1222>
- 16.** Lautert L. O desgaste profesional: estudio empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúcha Enf. [Internet]. 1997 [Cited 2020 Aug 03]; 18 (2). Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4140>
- 17.** Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [Internet]. 2020 [Citado 2020 Ago 03]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- 18.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración Sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del Nuevo Coronavirus (2019-nCoV). [Internet]. 2020 [Citado 2020 Ago 03]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- 19.** Toro L, Parra A, Alvo M. Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 [Citado 2020 Ago 03]; 148 (4): 558-560. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400558>.

20. Astudillo P, Losada H, Schneeberger P, Coronado F, Curitol S. Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. Rev Chil Cir. [Internet]. 2018 [Citado 2020 Ago 03]; 70 (2): 117-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000200117>.
21. Gutiérrez K, Ramos F, Dalmolin G. Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de la Ciudad de Punta Arenas, Chile. Texto contexto - Enferm. [Internet]. 2020 [Citado 2020 Ago 03]; 29: e20190273. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0273>.
22. Melita A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de Enfermería que trabajan en Centros Asistenciales de la Octava Región, Chile. Cienc. Enferm. [Internet]. 2008 [Citado 2020 Ago 03]; 14 (2): 75-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200010>.
23. Seguel F, Valenzuela S. Síndrome de Burnout en trabajadores de Enfermería de dos hospitales del sur de Chile. av. enferm. [Internet]. 2016 [Citado 2020 Ago 03]; 34 (1): 39-47. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41599>.
24. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. [Internet]. 2020 [Cited 2020 Sept 15]; 3 (3). Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

25. Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index Enferm.* [Internet]. 2018 [Citado 2020 Sep 15]; 27(4): 188-190. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002
26. León C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2006 [Citado 2020 Sep 29]; 22 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.
27. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2009 [Citado 2020 Sep 29]; 25 (1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010&lng=es.
28. Miracle V. A closing Word: National Nurses week and the Nigthingale Pledge. *Dimensions of Critical Care Nursing.* [Internet]. 2009 [Cited 2020 Sept 29]; 28 (3): 145-146. Available from: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=858002&Journal_ID=54014&Issue_ID=857966
29. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et ál. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management.* [Internet]. 2020

- [Cited 2020 Aug 03]; 28(5):1002-1009. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255222/>
- 30.** Parra M. Conceptos básicos en salud laboral: Textos de capacitación. [Internet]. 2003. [Citado 2020 Sept 15]. Disponible en:
https://issuu.com/isemvirtual/docs/parra_202003
- 31.** Barrio J, García M, Ruíz I, Arce A. El estrés como respuesta. International Journal of Developmental and Educational Psychology. [Internet]. 2006 [Citado 2020 Sep15]; 1 (1): 37-48. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- 32.** Selye H. The stress concept. Journal of Chronic Diseases, [Internet]. 1955 [Cited 2021 May 01]; 2 (5): 583-592. Available from:
[https://doi.org/10.1016/0021-9681\(55\)90155-7](https://doi.org/10.1016/0021-9681(55)90155-7).
- 33.** Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. [Internet]. 1946 [Cited 2021 May 01]; 6:117-184. Available from:
<http://garfield.library.upenn.edu/classics1977/A1977DM03500001.pdf>
- 34.** Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. [Internet]. 1936 [Cited 2021 May 01]; 138, 32. Available from:
<https://doi.org/10.1038/138032a0>
- 35.** Alves J, Vieira J, De Almeida P. Estrés en el trabajo del enfermero. Rev Escuela Enfermería. [Internet]. 2003 [Citado 2020 Sep 15]; 37(3):63-71.

Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342003000300008&script=sci_abstract&lng=es

36. Fundación para la prevención de Riesgos Laborales. [Internet]. 2015 [Citado 2020 Nov 22]. Disponible en:

<https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/4-riesgos-psicosociales/4-1-estres-2/4-1-4-fases-de-desarrollo-del-estres-sindrome-general-de-adaptacion/>

37. Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo K, Ruiz J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. [Internet]. 2007 [Citado 2020 Ago 17] 04; 23 (1) 43-51. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100006

38. Saborío L, Hidalgo Luis. Síndrome de Burnout. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2015 [Cited 2021 May 01]; 32(1): 119-124. Available from:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en.

39. Gil-Monte P, Peiró J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema. [Internet]. 1999 [Citado 2021 May 01]; 11 (3): 679-689. Disponible en:

<http://www.psicothema.com/pdf/319.pdf>

40. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile. Tesis para optar al título de Psicólogo. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2005. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
41. Alonso A. El CIE-11 incluye al Burnout en su clasificación. Psyciencia. [Internet]. 2019 [Citado 2021 May 01]. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/el-cie-11-incluye-al-burnout-en-su-clasificacion/#:~:text=Con%20el%20objetivo%20de%20legitimar,el%20empleo%20o%20el%20desempleo%E2%80%9D>.
42. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19.526. Ministerio de Salud. [Internet]. 1997 [Citado 2021 May 01]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=81502>
43. Raile M, Marriney A. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición. Barcelona, España: Elsevier; 2011. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
44. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 [Citado 2020 Ago 04]; 17(3): 11-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

45. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana de Enfermería. [Internet]. 2015 [Citado 2020 Ago 04]; 31 (3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
46. Valencia L. Teoría del aprendizaje social y/o teoría cognitivo social de Bandura. En: Bardales L, et al. Psicología Social: Pasado, Presente y Futuro. Universidad del Valle: Instituto de Psicología. 2006.
47. Bardales K, Díaz P, Jiménez M, Terreros M, Valencia L. Psicología social: pasado, presente y futuro. Universidad del Valle: Instituto de Psicología. 2006.
48. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, Estados Unidos: W.H Freeman and Company; 1997
49. Bandura A. Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Barcelona, España: Martínez Roca; 1987; p. 651.
50. Alvaro J, Garrido A. Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas. (1ª ed.). Madrid, España: Mc Graw-Hill; 2003.
51. Poblete M. Cuidado Humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. Tesis para optar al grado de Doctor en enfermería. Concepción: Universidad de Concepción; Facultad de enfermería; 2009.
52. Bandura A. Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. Journal of Behavior Therapy and Experimental

- Psychiatry. [Internet]. 1995 [Cited 2021 May 23]; 26 (3), 179-190. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579169500034W>
- 53.** Coates C. The Caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advance Practice Nursing Quarterly*. [Internet]. 1997 [Cited 2021 May 23]; 3(1), 53-59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9485781/>
- 54.** Consejo General de Enfermería de España. El 96% de enfermeras se ha sentido estresada en alguna ocasión en su lugar de trabajo. Sala de Prensa [Internet]. 2014 [Citado 2020 Ago 04]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/5405-el-96-de-los-enfermeros-se-ha-sentido-estresado-en-alguna-ocasi%C3%B3n-en-su-lugar-de-trabajo>
- 55.** Sánchez A, Sierra O. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enferm glob* [Internet]. 2014 [Citado 2020 Ago 04]; 13(33):252-7. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.176811/157191>
- 56.** Poncet M, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2007 [Cited 2020 Aug 04]; 175(7): 698-704. Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200606-806OC>

- 57.** Cárdenas E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Tesis para optar al grado de Especialista en Enfermería Intensivista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2011. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682732?lang=es>
- 58.** Alvares L, Rodríguez M. Nivel del síndrome de Burnout en enfermeras de unidades críticas del hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1990>
- 59.** Cogollo Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Meriño G. Desgaste profesional y factores asociados en el personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. Aquichan. [Internet]. 2010 [Citado 2020 Ago—04]; 10 (1): 43-51. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972010000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- 60.** Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. Enfermería Clínica. [Internet]. 2007 [Citado 2020 Ago 10]; 17(5): 256-60. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113086210771810>

7

- 61.** Órdenes C. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr. [Internet]. 2004 [Citado 2020 Ago10]; 75: 449-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006
- 62.** Galleta M, Portoghese I, D'Aloja E, Mereu A, Contu P, Coppola R, et al. Relationship between job Burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. Intensive Crit Care Nurs. [Internet]. 2016 [Cited 2020 Aug 10]; 34:51-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26961918/>
- 63.** Bilal H, Yildirim H. Relationship between Burnout, and patient safety attitudes in pediatric nurses in a hospital in Turkey. Enfermería Clínica. [Internet]. 2020 [Cited 2020 Aug 10]; 30 (1)37-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119303122>
- 64.** Aiken L, Clarke S, Sloane D. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. Nurs Outlook. [Internet]. 2002 [Cited 2020 Aug 10]; 50(5):187-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12386653/>

- 65.** Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks S, Van Heusden D, Wouters K, Franck E. Nursing unit teams' matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events - A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* [Internet]. 2014 [Cited 2020 Aug 10], 51 (8)1123-1134. Available from: Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
- 66.** Alves D, Guirardello E. Safety climate, emotional exhaustion, and job satisfaction among Brazilian pediatric professional nurses. *Int Nurs Rev.* [Internet]. 2016 [Cited 2020 Aug 10]; 63 (3) 328-335. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12276>
- 67.** Souza Ganong H. Integrative Reviews of Nursing. *Rev Nurs Health.* [Internet]. 1987 [Cited 2021 May 01]; 10(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- 68.** Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón A. Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *PSIC.* [Internet]. 2014 [Citado 2020 Ago 03]; 11(2-3):259-70. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/47387/44420>
- 69.** Page J, Mckenzie J, Bossuyt P, Boutron I. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BJM.* [Internet].

2021 [Cited 2020 Aug 03]; 372: n71. Available from:
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

70.Aksoy Y, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. Arch Psychiatr Nurs. [Internet]. 2020 [Cited 2021 May 31]; 34(5):427-433. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.011>.

71.Lessa R, et al. O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. J. Bras Psiquiatr. [Internet].2021 [Cited 2021 Jul 03]; 70 (1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000316>

72.Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. BMC Psychiatry. [Internet]. 2020 [Cited 2021 May 31]; 20(1):489. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

73.Lu Y, Shu C, Chang Y, Lung F. The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. Psychotherapy and Psychosomatics. [Internet]. 2006 [Cited 2021 Jul 03]; 75(6), 370–375. Available from: <https://doi.org/10.1159/000095443>.

74.Mak I, et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. General Hospital Psychiatry. [Internet]. 2009 [Cited 2021 Jul 03];

31(4):318-26.

Available

from:

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>

- 75.**McAlonan G, et al Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. The Canadian Journal of Psychiatry. [Internet]. 2007 [Cited 2021 Jul 03]; 52(4), 241–247. Available from: <https://doi.org/10.1177/070674370705200406>.
- 76.**Lee S, et al. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Comprehensive Psychiatry [Internet]. 2018 [Cited 2021 Jul 03]; 87, 123–127. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- 77.**Sarbooji H, Kakhki S, Teimori G. Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Irán. Nursing Research and Educación. [Internet]. 2020 [Cited 2021 May 31]; 38(2). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e03>
- 78.**Sasangohar F, Jones S, Masud F, Vahidy F, Kash B. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. Anesth. Analg. [Internet]. 2020 [Cited 2021 Jul 03]; 131(1):106-111. Available from: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866>.
- 79.**Marjanovic Z, Greenglass E, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies

- during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2007 [Cited 2021 Jul 03]; 44(6):991-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- 80.** Maunder R, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg. Infect. Dis.* [Internet]. 2006 [Cited 2021 Jul 03];12(12):1924-32. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
- 81.** Xiong H, Yi S, Lin Y. The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *Inquiry.* [Internet]. 2020 [Cited 2021 Jul 03]; 57:46958020957114. Available from: <https://doi.org/10.1177/0046958020957114>.
- 82.** Mo Y, et al. Anxiety of Nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 Epidemic and its Correlation With Work Stress and Self-efficacy. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2021 [Cited 2021 May 31]; 30(3-4):397-405. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15549>
- 83.** Molero J, et al. Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. *Medicina.* [Internet]. 2019 [Cited 2021 Jul 03]; 55(6), 237. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
- 84.** Simonetti V, et al. Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *J Clin Nurs.*

- [Internet]. 2021 [Cited 2021 Jul 03]; 30 (9-10):1360-1371. Available from:
<https://doi.org/10.1111/jocn.15685>
- 85.** Wright B, O'Halloran P, Stukas A. Enhancing self-efficacy and performance: An experimental comparison of psychological techniques. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. [Internet]. 2016 [Cited 2021 Jul 03]; 87(1), 36–46. Available from: <https://doi.org/10.1080/02701367.2015.1093072>
- 86.** Pérez C, Parra P, Fasce E, Ortíz L, Bastías N, Bustamante C. Estructura factorial y confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach en universitarios chilenos. *Rev Argentina de Clínica Psicológica*. [Internet]. 2012 [Citado 2020 Ago 20]; XXI (3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021006>
- 87.** Soto P, Barrios S, Molina Y. Síndrome de Quemarse por el Trabajo y Satisfacción Laboral como predictores de calidad de la atención de Enfermería Hospitalaria. *Cienc. Enferm*. [Internet]. 2017 [Citado 2020 Ago 20]; 23(3): 99-111. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300099&lng=es.
- 88.** Muñoz C, Chávez C, Véliz V, Villarroel C. El Cuidado Humanizado en los futuros Enfermeros del Sur de Chile. *Horiz Enferm*. [Internet]. 2020 [Citado 2021 May 10]; 31 (2): 164-191. Disponible en: <http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/download/15308/17061/>

- 89.** Aviles C. Validación y adaptación cultural al Italiano de la Caring Efficacy Scale según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería. Terragona: Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería; 2020. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/669717/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 90.** Poblete M, Valenzuela S. Manuel J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. AQUICHAN. [Internet]. 2012 [Citado 2020 Ago 30]; 12 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a02.pdf>
- 91.** Riera Alejandra V. Comités de Ética en Investigación: un bien necesario. Invest. Clín. [Internet]. 201 [Citado 2021 May 01]; 54(4): 343-345. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332013000400001&lng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332013000400001&lng=es)
- 92.** Universidad de Chile. El código de Nuremberg. Centro interdisciplinario de estudios de Bioética. Disponible en: <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76028/el-codigo-de-nuremberg>
- 93.** Manzini J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth. [Internet]. 2000 [Citado 2020 May 21]; 6 (2): 321-334. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010

- 94.** Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Pers bioét.* [Internet]. 2015 [Citado 2020 Ago 20]; 19(2): 182-197. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012331222015000200002&script=sci_abstract&tlng=es
- 95.** Informe de situación de la Organización Mundial de la Salud. Novel coronavirus (2019-nCoV). OMS. [Internet]. 2020 [Citado 2022 Nov 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 96.** Muñoz Alba I, Velásquez Mery S. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2016 [Citado 2022 Nov 10]; 34(2): 202-211. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09>.
- 97.** Rendón M, Peralta S, Hernández E, Hernández I, Vargas M, Favela M. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [Citado 2022 Nov 10]; 19(59): 479-506. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>.

- 98.** García A, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. Index de Enfermería. [Internet]. 2004 [Citado 2022 Nov 10]; 4; 13(46): 45-48. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009
- 99.** Quintanilla M. Prevalencia del síndrome del Burnout en las enfermeras de la unidad de paciente crítico del hospital del trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. Rev Chil Med Inten. [Internet]. 2004 [Citado 2022 Nov 10]; 19(1): 33-37. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-396326>
- 100.** Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano. 11° edición. México DF, México: Mc Graw-Hill; 2009.
- 101.** Clavijo M, Romero F, Paniagua M. Evolución de la formación en enfermería. Evolution of education in nursing. MEDwave. [Internet]. 2016 [Citado 2022 Nov 10]; 16(6): e6505. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.06.6505>
- 102.** Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Simón M, Martos Á. Factores de Riesgo y Protección de Burnout en Auxiliares de Enfermería Certificados. Int J Medio Ambiente Salud Pública. [Internet].

2018 [Citado 2022 Nov 12]; 30, 15 (6): 1116. Disponible en:
<https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>

103. Avellaneda P, Crespo Hu, Kasano J. Rotación y desempeño laboral de los profesionales de enfermería en un instituto especializado. Rev Cuid [Internet]. 2019 [Citado 2022 Nov 12]; 10 (2): e626. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.626>.

104. Bautista L, Diosa M, Gil J, Méndez R, Cruz E, Blanco S. Percepción del personal de enfermería ante la rotación en los servicios de hospitalización. Rev. cienc. cuidado. [Internet]. 2015 [Citado 2022 Nov 12];11(2):74-83. Disponible en:
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/199>

105. Ning X, Yu F, Huang Q, Li X, Luo Y, Huang Q, Chen C. The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan Province, China during the initial stages of the COVID-19 outbreak. BMC Psychiatry. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 12]; 20(1):436. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02838-z>

106. Coffré J, Leví P. Feelings, Stress, and Adaptation Strategies of Nurses against COVID-19 in Guayaquil. Invest Y Educ En Enferm. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 12]; 38(3). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e07>

- 107.** Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, Wang H, Wang C, Wang Z, You Y, Liu S, Wang H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 10]; 48(6):592-598. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>.
- 108.** Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *J Occup Environ Med*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 10]; 62(10):783-787. Available from: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>.
- 109.** Simonetti M, Soto P, Galiano A, Cerón M, Lake E., Aiken L. Dotaciones, skillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Públicos chilenos. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2020 [Citado 2022 Nov 12]; 148(10): 1444-1451. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001444>.
- 110.** Gil-Monte P, Caro M, García J. Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*. [Internet]. 2008 [Citado 2022 Nov 12]; 42(1):113-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442112>

111. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública. [Internet]. 2004 [Citado 2022 Nov 12]; 2004; 78 (4): 505- 16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
112. De Lucas N, Sánchez A, García M, Sánchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. Emergencias. [Internet]. 2001 [Citado 2022 Nov 12]; 2001; 13: 170-5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-24371>
113. Gil Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Psicol.estud. [Internet]. 2002 [Citado 2022 Nov 12]; 7(1):3-10. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-390799>
114. Campanario R, Rey M, Ortega A, Cárdeno M. Situaciones estresantes para el personal de enfermería en observación del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Rev. Cient. Soc. Española de Enferm. De Urgencias y emergencias. [Internet]. 2011 [Citado 2022 Nov 12]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina4.html>

- 115.** Lopes F, Ferraz E. Estrés de los enfermeros de UCI en Brasil. *Enfermería Glob* [Internet]. 2011. [Citado 2022 Nov 12]; 2011; 10 (22): 1-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200004
- 116.** Gil Monte P. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones. Madrid; 2005.
- 117.** Álvarez E, Fernández L. El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. [Internet]. 1991. [Citado 2022 Nov 12]; XI (39): 257-65. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15232>
- 118.** Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. [Internet]. 2020 [Cited 2022 Nov 15]; 7(4):300-302. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- 119.** O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, McLoughlin A, Rabbitt L, McVicker L, Reid-McDermott B, Byrne D. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Serv*

Res. [Internet]. 2018 [Cited 2022 Nov15]; 18(1):730. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>.

- 120.** Lukmanulhakim L, Afriyani A, Haryani A. Caring Efficacy and Nurse Caring Behavior in Taking Care of Critical Patients. Rev NERS. [Internet]. 2019 [Cited 2022 Nov 15]; 14(1), 55-61. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/339879801_Caring_Efficacy_and_Nurse_Caring_Behavior_in_Taking_Care_of_Critical_Patients
- 121.** Rocha T, Ramírez R. Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: Elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. Acta de investigación psicol [Internet]. 2011 [Citado 2022 Nov 15]; 1(3): 454-472. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300007&lng=es.
- 122.** Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. Cienc. enferm. [Internet]. 2007 [Citado 2022 Nov 15]; 13(1): 9-15. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
- 123.** Covarrubias C, Mendoza M. Sentimiento de autoeficacia en una muestra de profesores chilenos desde las perspectivas de género y experiencia. Estudios pedagógicos. [Internet]. 2015 [Citado 2022

Nov 15]; 41(1): 63-78. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052015000100004>

124. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka M. The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Ann Agric Environ Med*. [Internet]. 2016 [Cited 2022 Nov 15]; 23(2):304-9. Available from: <https://doi.org/10.5604/12321966.1203895>)

125. Loiola E, Fernandes M. Autoeficácia no trabalho e síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. *Psic. Saúde & Doenças*. [Internet]. 2019 [Cited 2022 Nov 15]; 20(3): 813-823. Available from: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200320>

IV.2 ANEXOS

IV.2.1 ANEXO N°1 DEFINICIÓN NOMINAL (N) Y OPERACIONAL (O) DE VARIABLES

1. Síndrome de Burnout

- **(N):** Es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado. Para Gil Monte, el Síndrome de Quemarse por el Trabajo contempla las siguientes dimensiones.
 - Ilusión por el trabajo: Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal.
 - Desgaste psíquico: Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
 - Indolencia: Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.

- Culpa: Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.
- **(O):** Para efectos de la presente investigación se utilizará el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), el cual mide el Síndrome de Quemarse por el trabajo como Crítico, Alto, Medio, Bajo, Muy bajo. **Tipo de Variable:** Cualitativa ordinal.

2. Percepción de Autoeficacia Cuidados otorgados

- **(N):** Hace referencia a las creencias personales sobre la capacidad de organizar y comprometerse en acciones particulares para manejar una determinada situación, en este caso el cuidado que se otorga por parte de los profesionales de enfermería.
- **(O):** Se medirá a través del Caring Efficacy Scale (CES), el cual está constituido por 30 ítems de formato Likert con intensidades -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos. **Tipo de Variable:** Cualitativa ordinal

3. Edad

- **(N):** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- **(O):** Pregunta abierta. Edad en años hasta la fecha de la aplicación del instrumento. **Tipo de Variable:** Cuantitativa continua.

4. Género:

- **(N):** Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.
- **(O):** Pregunta cerrada. Se estipula según información aportada por el profesional de Enfermería, de acuerdo con su identificación con el género masculino o femenino. **Tipo de Variable:** Cualitativa nominal.

5. Condición de pareja:

- **(N):** Vínculo afectivo con otra persona de igual o distinto sexo, con la cual pernoctan en el mismo lugar.
- **(O):** Pregunta cerrada. Presenta un vínculo afectivo con otra persona con la cual convive. Dos opciones: con pareja, sin pareja. **Tipo de Variable:** Cualitativa dicotómica.

6. Hijos:

- **(N):** Persona considerados con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos.
- **(O):** Pregunta cerrada. Presencia de hijos. (Sí - No). **Tipo de Variable:** Cualitativa dicotómica.

7. Nivel de Estudios:

- **(N):** Nivel de instrucción. Grado de estudio alcanzado por el profesional de Enfermería, haciendo referencia a diplomados, especialización y post grados.

- **(O):** Pregunta cerrada. Opción de diplomado – Especialidad – Magíster- Doctorado – Post doctorado. **Tipo de Variable:** Cualitativa ordinal.

8. Actividad de Ocio:

- **(N):** Tiempo libre o descanso de las ocupaciones habituales. Actividad a la que se dedican como distracción en los momentos de tiempo libre, fuero del horario laboral.
- **(O):** Pregunta abierta. ¿Realiza alguna actividad de ocio? ¿Cuál? **Tipo de Variable:** Cualitativa nominal.

9. Enfermedad crónica:

- **(N):** enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.
- **(O):** pregunta abierta. ¿presenta alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? **Tipo de Variable:** Cualitativa nominal.

10. Trabajar actualmente con pacientes COVID 19:

- **(N):** Profesional de enfermería tiene actualmente (tiempo presente) a su cargo pacientes con diagnóstico de COVID-19.

11.(O): Pregunta cerrada. Con dos opciones de respuesta: SÍ/NO. **Tipo de Variable:** Cualitativa dicotómica.

12. Servicio clínico:

- **(N):** Espacio físico en el cual el profesional de enfermería ejerce sus labores clínicas.

13.(O): Pregunta cerrada. Se le consultará al profesional de enfermería en que Servicio Clínico ejerce sus labores. Opciones a) Medicina COVID, b) UTI COVID, c) UCI COVID, d) Cirugía, e) Medicina No COVID, f) Especialidades Quirúrgicas, g) UTI No COVID, h) UCI No COVID, i) Neurología, j) Neurocirugía. **Tipo de Variable:** Cualitativa nominal.

14. Tiempo de profesión:

- **(N):** Número de años o meses que ejerce como enfermero (a)

15.(O): pregunta abierta. ¿Cuánto tiempo lleva siendo enfermero (a)? **Tipo de Variable:** Cuantitativa continua.

16. Años de experiencia laboral

- **(N):** Número de años o meses cumplidos que el profesional presenta trabajando como enfermera (o).

17.(O): Pregunta abierta. Se le consultará al profesional de enfermería el número de años de experiencia laboral. **Tipo de Variable:** Cuantitativa continua.

18. Tiempo ejerciendo en el trabajo actual

- **(N):** Número de años o meses cumplidos, que presenta ejerciendo sus labores clínicas el profesional de enfermería en su actual Servicio.

19.(O): Pregunta abierta. Se le consultará al profesional de enfermería la cantidad de tiempo que lleva ejerciendo en su trabajo actual. **Tipo de Variable:** Cuantitativa continua.

20. Modalidad de trabajo

- **(N):** Hace referencia al sistema de trabajo en el que se desempeña el profesional de enfermería: sistema de turnos o trabajo diurno.

21.(O): Pregunta cerrada. Se le consultará al profesional de enfermería su modalidad de trabajo: sistema de cuarto turno - diurno. **Tipo de Variable:** Cualitativa nominal.

22. Percepción de recursos

- **(N):** Visión personal del profesional de enfermería con respecto a los recursos físico (materiales e instrumentación de trabajo, infraestructura) y humano (personal de trabajo) disponibles en el Servicio clínico en el cual se desempeñan.

23.(O): Pregunta cerrada. Se le consultará al profesional de enfermería cómo considera la cantidad de recursos para el desempeño laboral. Suficientes/ Insuficientes. **Tipo de Variable:** Cualitativa, dicotómica.

24. Tipo de contrato laboral.

- **(N):** Es aquel por el cual una persona física denominada el trabajador se compromete a realizar obras o servicios para una persona física o jurídica denominada el empleador bajo la dependencia y subordinación de este, quien, a su vez, se obliga al pago de una remuneración determinada. Se hace referencia al tipo de contrato que tiene el profesional de enfermería en el Centro Asistencial en el cual se desempeña.

25.(O): Pregunta cerrada. 5 opciones: Reemplazo, suplencia, honorarios, contrata, titular. **Tipo de Variable:** Cualitativa ordinal.

26. Número de pacientes a cargo:

- **(N):** Totalidad de pacientes que el profesional de enfermería tiene bajo su cuidado

27.(O): Pregunta abierta. ¿Cuál es el número total de pacientes total que tiene bajo su cuidado? **Tipo de Variable:** Cuantitativa, continua.

IV.2.2 ANEXO N°2 INFOGRAFIA DE INVITACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN

INVITACIÓN

ATENCIÓN SR. SRA. SRTA ENFERMERA/O

Le estamos invitando a participar de manera libre y voluntaria del proyecto de investigación: *Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID 19*, cuyo objetivo principal es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

El **propósito** de esta investigación radica en visibilizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout (SB) en los profesionales de Enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por estos profesionales, donde los resultados obtenidos proporcionarán un sustento científico, que permitirá, que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales.

Si usted desea participar de esta investigación, una vez finalizado el periodo de invitación de dos semanas, le llegará a través de este mismo medio, el Consentimiento Informado, formato online, en el cual, si usted presiona la opción “aceptar”, se desprenderá en su navegador una nueva ventana con el instrumento de evaluación.

Sus respuestas serán de mucha ayuda para el éxito de esta investigación.

¡NO TE QUEDES FUERA!

Invita: Mg © Denys Valdebenito Arandeda
Candidata al grado de Magíster en Enfermería
Universidad de Concepción

Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

IV.2.3 ANEXO N°3: CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES

Variables Biosociodemográficas

1. Edad:

2. Género:

Femenino

Masculino

3. Condición de pareja:

Con pareja

Sin pareja

4. Hijos:

Sí ¿Cuántos? _____

No

5. Nivel de estudios:

Diplomado

Especialidad

Magíster

Doctorado

Post Doctorado

6. ¿Realiza alguna actividad de ocio?

Sí ¿Cuál? _____

No

7. ¿Presenta alguna enfermedad crónica?

Sí ¿Cuál? _____

No

Variables Laborales

8. Servicio clínico en el cual se desempeña: _____

9. ¿Actualmente trabaja con pacientes con diagnóstico COVID-19?

Sí

No

10. ¿Cuánto tiempo lleva siendo enfermero

(a)?: _____

11. ¿Cuánto tiempo tiene de experiencia laboral como enfermero

(a)?: _____

12. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo en el trabajo actual?: _____

13. Modalidad de trabajo:

Sistema cuarto turno

Diurno

14. ¿Cómo considera los recursos físico (materiales, infraestructura, instrumentación de trabajo) y humano (dotación de personal de trabajo) en el servicio en el cual usted se desempeña?

Suficientes

Insuficientes

15. Tipo de contrato laboral

Titular

Contrata

Honorarios

Suplencia

Reemplazo

16. ¿Cuál es el número total de pacientes que tiene a su cargo / bajo su cuidado? _____

IV.2.4 ANEXO N°4: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

0	1	2	3	4	
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días	
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.	0	1	2	3	4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.	0	1	2	3	4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.	0	1	2	3	4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.	0	1	2	3	4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

IV.2.5 ANEXO N°5: CARING EFFICACY SCALE

INSTRUMENTO “CARING EFFICACY SCALE”

Instrucciones: Cuando usted esté respondiendo estos ítems, piense en su trabajo reciente con pacientes/clientes en los ambientes clínicos. Ponga una cruz en el número que mejor exprese su opinión.

1. **Valores de la escala:**

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 2. -3 Fuertemente en desacuerdo | + 1 Ligeramente de acuerdo |
| 3. -2 Moderado desacuerdo | + 2 Moderadamente de acuerdo |
| -1 Ligeramente en desacuerdo | + 3 Fuertemente de acuerdo |

Desacuerdo Acuerdo

ITEMES	-3	-2	-1	+1	+2	+3
1. No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/paciente.						
2. Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3. Me siento cómoda al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado.						
4. Trasmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.						
5. Clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada.						
6. Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7. Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho.						
8. Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona.						
9. Puedo caminar en una pieza con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes						

10. Soy capaz de sintonizar con un cliente/ paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11. Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes.						
12. Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes a la mía.						
13. Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control.						
14. Yo uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15. No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y preocupaciones de mis clientes/pacientes.						
16. Aun cuando siento confianza en mí misma, respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.						
17. Creo tener problema para relacionarme con mis clientes/paciente.						
18. Usualmente puedo establecer una estrecha relación con mis clientes/paciente.						
19. Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.						
20. A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.						
21. Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22. Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, yo me acerco a esa persona.						
23. Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24. A menudo encuentro difícil el relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25. He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26. A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.						
27. A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28. Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29. Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.						
30.No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.						

IV.2.6 ANEXO N°6: INFOGRAFIA INVITACIÓN PRUEBA PILOTO



INVESTIGACIÓN PRUEBA PILOTO

INVITACIÓN

ATENCIÓN SR. SRA. SRTA ENFERMERA/O

Le estamos invitando a participar de manera libre y voluntaria en la prueba piloto del proyecto de investigación: *Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID 19*, cuyo **objetivo** principal es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

El **objetivo** de esta prueba piloto es evaluar la comprensión de los cuestionarios, el tiempo de respuesta y si las preguntas le han resultado fáciles o no de entender.

Si usted desea participar de esta investigación, una vez finalizado el periodo de invitación de dos semanas, le llegará a través de este mismo medio, el Consentimiento Informado, formato online, en el cual, si usted presiona la opción “aceptar”, se desprendará en su navegador una nueva ventana con el instrumento de evaluación.

Sus respuestas serán de mucha ayuda para el éxito de esta investigación.

¡NO TE QUEDES FUERA!

Invita: Mg © Denys Valdebenito Araneda
Candidata al grado de Magister en Enfermería
Universidad de Concepción



**IV.2.7 ANEXO N°7 CARTA SOLICITUD DIRECTOR COMPLEJO
ASISTENCIAL DR. VICTOR RIOS RUIZ (CAVRR)**

Los Ángeles, XX de XX, 2021

Señor
Felipe Silva Cabezas
Director
Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz
Presente.

Ref.: Solicita autorización en investigación.

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, a través de la presente, quisiera solicitar su apoyo y autorización para llevar a cabo el Proyecto de Investigación titulado “*“Relación Síndrome de Burnout y Percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19”*”, enmarcado en el Programa Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, el cual se encuentra liderado por la candidata al grado de Magíster Mg (c) Denys Valdebenito Araneda.

El objetivo de la investigación propuesta en el proyecto antes individualizado es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19, donde la ejecución y resultados obtenidos proporcionarán un sustento científico y una amplia gama de conocimientos sobre la situación actual del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en este nuevo contexto de pandemia y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda este profesional, desde su propia perspectiva; permitiendo que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas

correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales, lo cual es fundamental para delimitar el alcance de los impactos a los que están sometidos estos profesionales y dirigir la promoción del bienestar entre ellos, para que las condiciones físicas y psicológicas de los trabajadores se coloquen en una escala que también sea una prioridad para la efectividad de la cadena de asistencia de servicios de salud pública.

El diseño metodológico considera la participación de profesionales de enfermería que ejercen labores clínicas en servicios COVID-19 (Unidad de Cuidados Críticos Cardiológica, Especialidades Quirúrgicas, Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR A, Unidad de Cuidados Críticos del Adulto) y No COVID-19 (Centro de Costo Indiferenciado Cirugía. Centro de Costo Indiferenciado del Adulto SECTOR B, Neurología, Neurocirugía, Unidad de Tratamientos Intensivos del Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica) del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz (CAVRR), los cuales deben cumplir con los criterios de inclusión que se mencionan a continuación: Ser profesional de enfermería, realizar atención de cuidados directa en pacientes adultos (mayor o igual a 15 años) con diagnóstico COVID-19 y No COVID-19, en los servicios clínicos mencionados anteriormente, participación voluntaria con respectivo consentimiento informado firmado.

Se realizará un Censo de la población y las actividades para la recolección de los participantes, incluyen en primera instancia, estrategias de difusión a través de una infografía, la cual será enviada vía correo electrónico a los potenciales participantes, para ello, se solicitará colaboración de los enfermeros /as supervisores /as de los servicios clínicos mencionados previamente, para de esta forma hacer llegar la invitación de manera masiva, esta instancia tendrá una duración de dos semanas. Posteriormente se les hará llegar vía correo electrónico el Consentimiento Informado para participar en la investigación, en el caso de aceptar, se desprenderá de manera automática en el navegador el instrumento de medición el cual consta de 3 secciones que miden:

- Características biosociodemográficas y laborales.

- Síndrome de Burnout.
- Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados.

El instrumento tiene una duración total de respuesta estimada entre 10-15 minutos. El proceso de recolección de datos y aplicación de instrumento de evaluación tiene una duración estimada de 8 semanas. Cabe destacar que todo el proceso será en modalidad online y no presencial, en concordancia con el contexto sanitario.

Dicha participación estará condicionada a su autorización, a la evaluación del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo y por el Comité de Ética del Servicio de Salud Bío Bío.

Adicionalmente, informo que la directora del Programa Magíster en Enfermería, de la Universidad de Concepción, Dra. Patricia Cid Henríquez, entregó su apoyo, como consta en la carta que sigue adjunto.

Con lo anteriormente expuesto, solicito a Ud. por favor, autorice la aplicación de esta investigación con los/ las profesionales de enfermería del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz, en los términos presentados, para el cumplimiento de los objetivos definidos en la investigación que será ejecutada.

Sigue adjunto:

Resumen del proyecto.

Carta de apoyo directora Programa Magíster en Enfermería.

Modelo de documento de consentimiento informado.

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración. Atentamente,

Mg © Denys Valdebenito Araneda

**IV.2.8 ANEXO N°8 CARTA SOLICITUD PARA DIRECTOR DEL COMPLEJO
ASISTENCIAL DR. VICTOR RIOS RUIZ (CAVRR) POR DIRECTORA DEL
PRORAMA MAGISTER EN ENFERMERIA**



Concepción, 08 de octubre
de 2021

Señor

Felipe Silva Cabezas

Director

Complejo Asistencial

Doctor Víctor Ríos Ruíz

Presente.

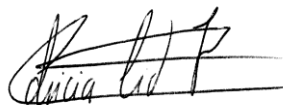
Estimado director:

Junto con saludar cordialmente, a través de la presente, dejo constancia que la estudiante del Programa Magister en Enfermería Srta. DENYS ARACELLY VALDEBENITO ARANEDA realizó la defensa y aprobó su proyecto de tesis titulado “Relación Síndrome de Burnout y Percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19”, frente a una comisión integrada por Dra. Varinia Rodríguez C. (Guía de Tesis), el Dr. José Sánchez R., la Dra. Angélica Melita R. y presidida por la directora del Programa, quien suscribe, el día 10 de junio de 2021.

Este proyecto tiene como objetivo analizar la relación entre el Síndrome

de Burnout y la Percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19. La investigadora tiene contemplado invitar a participar a los enfermeros/as del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz que usted dirige, por lo cual le solicito su apoyo para autorizar a Srta. Valdebenito para realizar la investigación en su establecimiento.

Agradeciendo su gestión, le saluda cordialmente



Dra. Patricia Cid H.
Directora

Programa Magíster en Enfermería

c.c.: Srta. Denys Valdebenito; Dra Varinia Rodríguez; Archivo 2021.

Calle Roosevelt 1787
Fono (56-41) 2207065
e-mail:
agayoso
@udec.
cl
Concep
ción,
Chile



IV.2.9 ANEXO N°9 CARTA TIPO DE EXPRESIÓN DE INTERES DIRECTOR CAVRR

CARTA EXPRESIÓN DE INTERÉS

Los Ángeles xxx de xxx 2021

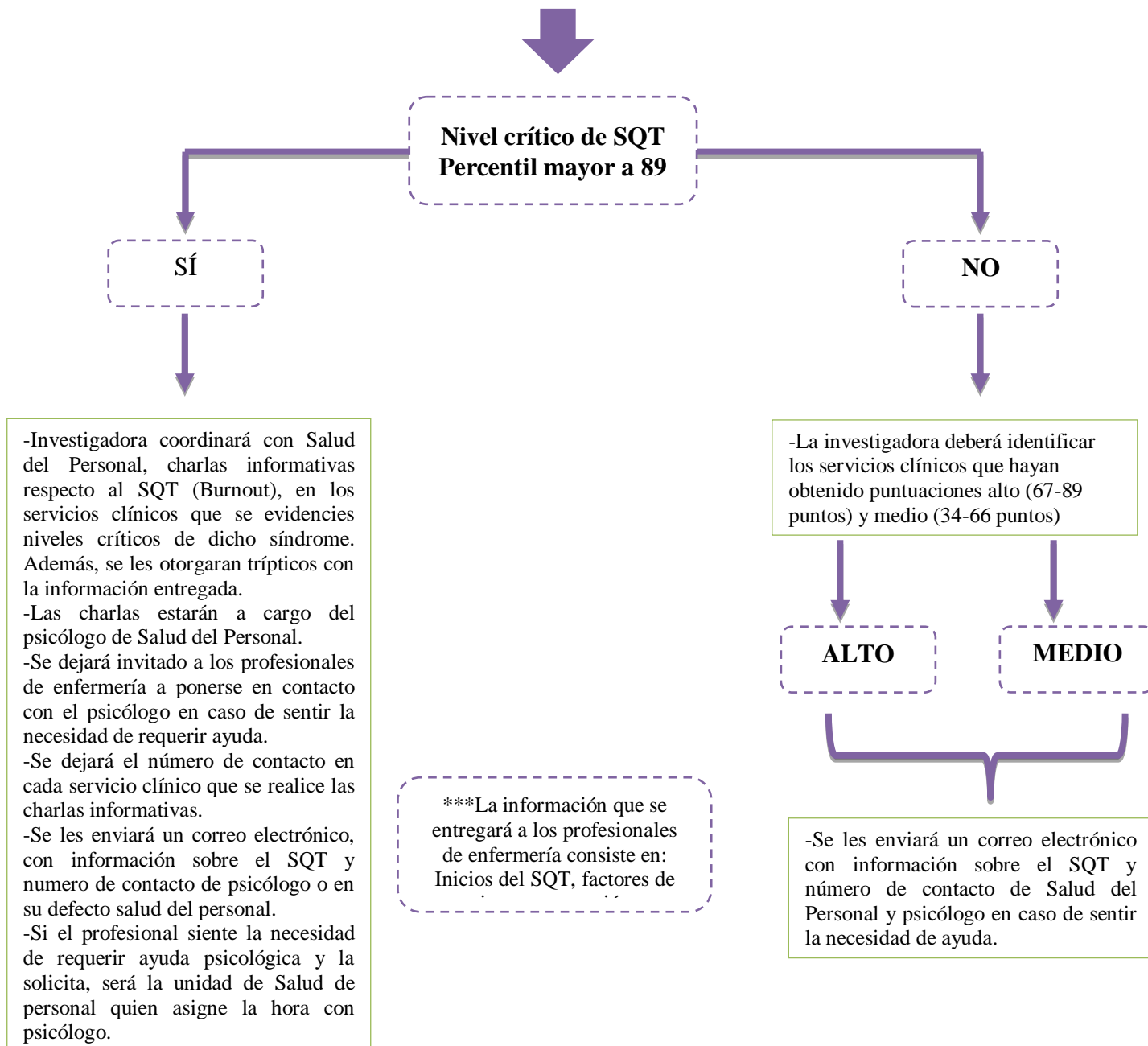
El director del Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz, a través de la presente, viene a exponer su interés en la investigación: ***“Relación Síndrome de Burnout y percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19”***, desarrollada por la alumna del Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, Mg (c) Denys Valdebenito Araneda. Esta Investigación tiene como objetivo, analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

Conociendo el contenido del proyecto de investigación formulado y en caso de ser aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Bío Bío, me comprometo a facilitar las condiciones para el desarrollo de dicho proyecto.

Felipe Andrés Silva Cabezas
Director (s)
Complejo Asistencial
“Doctor Víctor Ríos Ruiz”
Los Ángeles

IV.2.10 ANEXO N°10 FLUJOGRAMA NIVELES CRITICOS DE SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO

FLUJOGRAMA EN CASO DE DETECCION DE NIVEL CRÍTICO DE SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)



IV.2.11 ANEXO N°11 CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA PILOTO



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Programa de Magíster en Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA PILOTO

Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19.

Estimado Sr. Sra. Srta enfermera/o:

Le estamos invitando a participar de manera libre y voluntaria en la prueba piloto del proyecto de investigación: **Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19**, cuyo objetivo principal es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19; mientras que el objetivo de la prueba piloto es evaluar la comprensión de los cuestionarios, el tiempo de respuesta y si las preguntas le han resultado fáciles o no de entender. Sus respuestas serán de mucha ayuda para el éxito de esta investigación.

El propósito de esta investigación radica en proporcionar un sustento científico sobre la situación actual del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda este profesional, en el nuevo contexto de pandemia; lo que permitiría que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales. Esta investigación será llevada a cabo durante este segundo semestre del año 2021.

Si usted acepta participar, deberá responder un instrumento de evaluación, el cual se divide en 3 secciones que miden:

- Características biosociodemográficas y laborales,

- Síndrome de Burnout,
- Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados

El instrumento tiene una duración total de respuesta estimada entre 10-15 minutos. Si usted acepta a participar, se desprenderá una nueva ventana en su navegador con el instrumento de evaluación.

Los riesgos a los cuales usted puede estar sometido son mínimos y se relacionan principalmente con recordar experiencias negativas que le puede producir el responder el instrumento de evaluación y para ello se le ofrecerá ayuda psicológica gratuita, a la cual usted podrá acceder si así lo considera necesario, para ello debe comunicarse con la investigadora a través del correo electrónico que se especifica en el siguiente apartado. Las intervenciones realizadas no tendrán costos ni beneficios económicos para usted.



El beneficio potencial de este estudio radica en visibilizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por estos profesionales. El obtener datos fidedignos y fiables sobre el Burnout y su relación con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, nos permite generar un cuerpo de conocimientos que fundamente las respectivas intervenciones de acuerdo con los hallazgos encontrados, permitiendo a las entidades gubernamentales conocer en profundidad la realidad local. Lo que es un aporte para el profesional de Enfermería, el paciente y la sociedad en su conjunto. No habrá beneficios monetarios en su participación. Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado vía correo electrónico.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento sin ningún perjuicio para usted, comunicándolo al investigador. Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. La información será resguardada por el investigador responsable hasta 5 años desde la publicación de esta investigación.

Si usted tiene alguna duda respecto a esta información puede comunicarse con la enfermera Denys Valdebenito Araneda, investigadora responsable, al correo electrónico devaldebenito@udec.cl. Si tiene dudas sobre sus derechos como participante, puede contactarse con el Comité Ético-Científico (CEC), de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, cuya presidenta es Dra. Maritza Espinoza al fono **56-41-2204825/ 4122004830**. Además, podrá contactar al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de

Concepción presidido por la Dra. Andrea Rodríguez Tastests, al correo electrónico secrevid@udec.cl.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Bío Bío, presidido por Mireya Riquelme Rivas, cuyo correo electrónico es cec@ssbiobio.cl

Al aceptar participar de la prueba piloto de este estudio, declara que ha leído y/o escuchado y comprendido la información contenida en este formulario de consentimiento, que acepta la grabación de audio y/o video, y que su participación es libre y voluntaria.





ACTA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ en conocimientos de los objetivos propuestos, comprendiendo claramente los aspectos implicados en mi participación, teniendo presente que me puedo retirar en cualquier momento de la investigación y habiendo tenido la oportunidad de aclarar las dudas referentes al tema de estudio, acepto libre y voluntariamente participar en esta prueba piloto de investigación titulada **Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19.**

Fecha: ____/____/____.

**Nombre y Firma
Participante del/ de la Participante**

**Nombre y Firma
Participante de la Investigadora Responsable**

**Nombre y Firma
Director Complejo Asistencial “Doctor Víctor Ríos Ruíz”
o su delegado/ Ministro de Fe**



IV.2.12 ANEXO N°12 CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Programa de Magíster en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION **Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19.**

Estimado Sr. Sra. Srta enfermera/o:

Le estamos invitando a participar de manera libre y voluntaria en el proyecto de investigación: **Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID 19**, cuyo objetivo principal es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

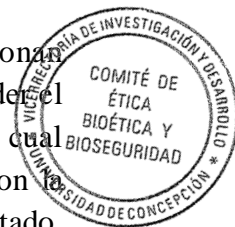
El propósito de esta investigación radica en proporcionar un sustento científico sobre la situación actual del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados que brinda este profesional, en el nuevo contexto de pandemia; lo que permitiría que las entidades gubernamentales tomen conocimiento sobre estas temáticas, sustentando la implementación de medidas correctivas correspondientes y un lineamiento para nuevas investigaciones en otros profesionales. Esta investigación será llevada a cabo durante este segundo semestre del año 2021.

Si usted acepta participar, deberá responder un instrumento de evaluación, el cual se divide en 3 secciones que miden:

- Características biosociodemográficas y laborales,
- Síndrome de Burnout,
- Percepción de autoeficacia de cuidados otorgados

El instrumento tiene una duración total de respuesta estimada entre 10-15 minutos. Si usted acepta a participar, se desprenderá una nueva ventana en su navegador con el instrumento de evaluación.

Los riesgos a los cuales usted puede estar sometido son mínimos y se relacionan principalmente con recordar experiencias negativas que le puede producir el responder el instrumento de evaluación y para ello se le ofrecerá ayuda psicológica gratuita, a la cual usted podrá acceder si así lo considera necesario, para ello debe comunicarse con la investigadora a través del correo electrónico que se especifica en el siguiente apartado. Las intervenciones realizadas no tendrán costos ni beneficios económicos para usted.



El beneficio potencial de este estudio radica en visibilizar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por estos profesionales. El obtener datos fidedignos y fiables sobre el Burnout y su relación con la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados, nos permite generar un cuerpo de conocimientos que fundamente las respectivas intervenciones de acuerdo con los hallazgos encontrados, permitiendo a las entidades gubernamentales conocer en profundidad la realidad local. Lo que es un aporte para el profesional de Enfermería, el paciente y la sociedad en su conjunto. No habrá beneficios monetarios en su participación. Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado vía correo electrónico.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento sin ningún perjuicio para usted, comunicándolo al investigador. Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. La información será resguardada por el investigador responsable hasta 5 años desde la publicación de esta investigación.

Si usted tiene alguna duda respecto a esta información puede comunicarse con la enfermera Denys Valdebenito Araneda, investigadora responsable, al correo electrónico devaldebenito@udec.cl. Si tiene dudas sobre sus derechos como participante, puede contactarse con el Comité Ético-Científico (CEC), de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, cuya presidenta es Dra. Maritza Espinoza al fono **56-41-2204825/ 4122004830**. Además, podrá contactar al Comité de Ética, Bioética y

Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción presidido por la Dra. Andrea Rodríguez Tastests, al correo electrónico secrevid@udec.cl.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Bío Bío, presidido por Mireya Riquelme Rivas, cuyo correo electrónico es cec@ssbiobio.cl

Al aceptar participar de este estudio, declara que ha leído y/o escuchado y comprendido la información contenida en este formulario de consentimiento, que acepta la grabación de audio y/o video, y que su participación es libre y voluntaria.





ACTA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ en
conocimientos de los objetivos propuestos, comprendiendo claramente los aspectos
implicados en mi participación, teniendo presente que me puedo retirar en cualquier
momento de la investigación y habiendo tenido la oportunidad de aclarar las dudas
referentes al tema de estudio, acepto libre y voluntariamente participar en esta
investigación titulada **Relación Síndrome de Burnout y percepción de Autoeficacia
de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de
Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19.**

Fecha: ____/____/____.

**Nombre y Firma
Participante del/ de la Participante**

**Nombre y Firma
Participante de la Investigadora Responsable**

**Nombre y Firma
Director Complejo Asistencial “Doctor Víctor Ríos Ruíz”
o su delegado/ Ministro de Fe**



**IV.2.13 ANEXO N°13 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
POR COMITÉ ETICO CIENTIFICO (CEC) DE LA FACULTAD DE
ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCION**



Universidad de Concepción

FACULTAD DE
ENFERMERIA

FACULTAD DE
ENFERMERA



Concepción 21 de
octubre 2021Ref
Resolución N°137
-21

Srta, Denys Valdebenito
Araneda

Investigadora responsable

Presente.

Estimada investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, integrado por los académicos Maritza Espinoza V., y Luis Luengo M. y Adriana Ribeiro A., en reunión por vía Teams el día 19 de octubre del presente año, ha revisado la tercera versión del proyecto de investigación titulado en esta nueva versión: *"Relación síndrome de Burnout y percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un centro asistencial del sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19"*.

Este Comité, reconoce cambios en el proyecto, sin embargo, solicitamos revisar los siguientes aspectos. A saber:

- a) De acuerdo con la descripción de los instrumentos, así como, el análisis

estadístico que propone en el proyecto, el nivel de medición de las variables: Síndrome de Burnout y Percepción de autoeficacia de cuidado otorgados. se pueden abordar como variables cuantitativas o cualitativas ordinales. Corresponde entonces corregir el nivel de medición de estas variables en el anexo 1.

- b) Se insiste en cautelar que, el Consentimiento informado enviado por medio del enlace, no permita a los/las participantes puedan editarlo.
- c) Debe incorporar los datos del Comité Ético Científico acreditado en la versión online de la Prueba Piloto.
- d) Se insiste en adjuntar el link de acceso al formato online del instrumento que enviará a los/las participantes de la investigación.
- e) Revisar denominación de la palabra COVID-19 en todo el documento del proyecto de investigación. Se advierte diferentes formas. Es recomendable uniformar la forma de expresión de esta palabra.

Conclusión: Este comité ha decidido Aprobar el proyecto. No obstante, debe incorporar las observaciones anteriormente mencionadas, previo al envío, de otras instancias de revisión.

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Maritza Espinoza V.", written over the printed name.

Maritza Espinoza V.

Presidenta CEC
Facultad de Enfermería

**IV.2.14 ANEXO N°14 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
POR EL COMITÉ DE ÉTICA. BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD
DE CONCEPCIÓN**



Universidad de Concepción

Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1048-2021

Concepción, noviembre de 2021.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **“RELACIÓN SÍNDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE CUIDADOS OTORGADOS POR ENFERMEROS /AS DE UN CENTRO ASISTENCIAL DEL SUR DE CHILE, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19”**, presentado por la

enfermera **SRTA. DENYS ARACELLY VALDEBENITO ARANEDA**, en calidad de candidata al grado de Magíster de Enfermería, junto a su Profesora Guía **DRA. VARINIA RODRÍGUEZ CAMPO**, docente adscrita al Departamento Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para los estudios que involucran personas, en este caso relacionado a la salud laboral.

El objetivo general de la propuesta de estudio que se revisa para la obtención del grado académico es analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Enfermeros/as de un Centro Asistencial del Sur de Chile, durante la pandemia por COVID-19.

El desarrollo metodológico describe actividades que se ejecutarán en 10 (diez) objetivos específicos, a saber. Inicialmente propone caracterizar biosociodemográfica y laboralmente a los profesionales de Enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID en el Centro Asistencial. Después, pretende identificar los niveles/

intensidad y comparar los niveles/ puntuaciones de Síndrome de Burnout en estos profesionales. A continuación, propone identificar la relación entre el Síndrome de Burnout y las variables biosociodemográficas de los profesionales de Enfermería que realizan atención de cuidados directos a pacientes COVID-19 y No COVID. Así también buscará identificar la relación entre el Síndrome de Burnout y las variables laborales de los profesionales de Enfermería que realizan atención de cuidados directos a estos pacientes. Además, buscará identificar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por Profesionales de Enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID. Hasta aquí, podrá comparar la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados entre los profesionales de Enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID. Como última fase para el análisis, pretende identificar la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables biosociodemográficas de los profesionales de Enfermería que brindan atención a pacientes COVID-19 y No COVID, así como la relación entre la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados y las variables laborales de los profesionales de Enfermería que brindan atención de a pacientes a estas dos clases de pacientes.

En este estudio, cuantitativo, observacional, de corte transversal, con alcance descriptivo, comparativo y correlacional, la participación de cada sujeto (n=133) -profesionales de Enfermería que realizan atención directa a pacientes a mayo o igual a 18 años) diagnosticados con COVID-19 y pacientes No COVID-19, del Complejo Asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruíz” (CAVRR)- estará basada en el proceso de Consentimiento Informado. Este proceso será documentado, conforme modelo presentado a este Comité institucional, aceptando sus términos y condiciones.

Para llevar a cabo el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos de investigación que se utilizarán -Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Burnout por el Trabajo y *Caring Efficacy Scale* (CES)-, serán aplicados exclusivamente de forma *online* mediante plataforma Google Forms, de manera asincrónica.

Cabe destacar que este estudio contempla una prueba piloto cuya finalidad es evaluar la aplicación de los instrumentos, su comprensibilidad y medir los tiempos de respuesta en los sujetos de investigación. Los participantes deben ser profesionales de enfermería que ejercen labores clínicas en el mismo Complejo Asistencial de la ciudad de Los Ángeles y deben tener a su cuidado pacientes con/ sin diagnóstico de COVID-19 en los servicios clínicos individualizados. Estos profesionales de enfermería serán excluidos del estudio principal. Dicha participación estará condicionada al proceso de Consentimiento Informado, con el modelo de documento revisado por este Comité.

La custodia de toda la información recolectada será de responsabilidad de la candidata al grado de Magíster en Enfermería, Srta. Denys Aracelly Valdebenito Araneda.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de estos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y

principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 “Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana” y la Ley N°19.628, “Sobre Protección de la Vida Privada”. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado “**RELACIÓN SÍNDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE CUIDADOS OTORGADOS POR ENFERMEROS /AS DE UN CENTRO ASISTENCIAL DEL SUR DE CHILE, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19**” presentado

por la enfermera **SRTA. DENYS ARACELLY VALDEBENITO ARANEDA**, en calidad de candidata al grado de Magíster de Enfermería, junto a su Profesora Guía **DRA. VARINIA RODRÍGUEZ CAMPO**, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA



**COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y
BIOSEGURIDAD VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

IV.2.15 ANEXO N°15 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION POR DIRECTOR COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUÍZ



ORD. : 2642 /
ANT. : NO HAY
REF. REMITE ANTECEDENTES PARA EVALUACION

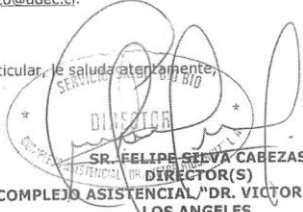
Los Ángeles, 28 OCT 2021

DE: DIRECTOR(S) COMPLEJO ASISTENCIAL "DR. VICTOR RIOS RUIZ"
L.A.
SR. FELIPE SILVA CABEZAS.

A: PRESIDENTE COMITÉ ETICO CIENTIFICO DE LA PROVINCIA DE
BIOBIO.

1. A través del presente documento informo a usted que recibida la documentación relacionada a solicitud de proyecto de investigación:
 - "RELACION SINDROME DE BURNOUT Y PERCEPCION DE AUTOEFICACIA DE CUIDADOS OTORGADOS POR ENFERMERO/AS DE UN CENTRO ASISTENCIAL DEL SUR DE CHILE, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19."
2. Que analizados los antecedentes, desde el punto de vista de esta Dirección, no ve el inconveniente en la ejecución de esta investigación, entregando por lo tanto su respaldo en la gestión.
3. Esperando una buena acogida a esta Investigación y solicitando se entregue la respuesta a esta intervención a quien solicita de esta autorización D. Denys Valdebenito Araneda, denys.tin@gmail.com devaldebenito@udec.cl.

Sin otro particular, le saluda atentamente,


SR. FELIPE SILVA CABEZAS
DIRECTOR(S)
COMPLEJO ASISTENCIAL "DR. VICTOR RIOS RUIZ"
LOS ANGELES.

ORD.28/27.10.2021

DISTRIBUCION:

- Denys Valdebenito Araneda, denys.tin@gmail.com
- UNIDAD DE INVESTIGACION CAVRR.
- OFICINA DE PARTES.
- ARCHIVO DIRECCION

Dirección
Teléfonos 043-336001-436001

**IV.2.16 ANEXO N°16 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION
POR COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SERVICIO DE SALUD BÍO BÍO.**



N°: 138

Ref.: Respuesta protocolo “Relación síndrome de Burnout y percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por enfermeros/as de un centro asistencial del sur de Chile, en tiempos de pandemia por COVID-19”.

LOS ANGELES, 25 de noviembre de 2021

A: Investigador Principal D. Denys Valdebenito Araneda.

DE: Comité Etico Cientifico

De nuestra consideración,

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su sesión ordinaria de fecha 25.11.2021, ha resuelto lo siguiente:

- 1. Valor del estudio:** La investigación pretende evaluar la relación existente entre el síndrome de burnout en los profesionales de Enfermería y la percepción de autoeficacia de cuidados otorgados por estos profesionales, los resultados pueden proporcionar información relevante sobre la materia, considerando posibles efectos en el actual contexto de pandemia por COVID-19, de tal forma de adoptar las medidas correctivas y dirigir la promoción del bienestar del grupo de estudio, según se precise.
- 2. Validez científica:** Se utilizará un cuestionario para medir los niveles del síndrome de burnout, cuya autoría corresponde a Pedro R. Gil-Monte. El instrumento será manejado de forma confidencial y anónima. La información recabada será utilizada exclusivamente con fines académicos.
- 3. Discriminación arbitraria:** No existe, los criterios de inclusión y exclusión están asociados a la temática de interés y se encuentran claramente definidos.
- 4. Relación riesgo-beneficio:** No existe, el participante es libre de participar o no de éste, y/o revocar su consentimiento.
- 5. Consentimiento informado:** El formato presentado se ajusta a los requerimientos mínimos de la Ley N° 20.120.

EN CONSECUENCIA,

Los integrantes del Comité Etico Cientifico concuerdan que el estudio no representa riesgo alguno para el probando que voluntariamente acepte participar de la presente investigación, por lo cual se entrega la **Aprobación** del estudio.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



A handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop and a vertical stroke.

MARIELA DIAZ SERRA
PRESIDENTA (S)
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

En respuesta a su solicitud el CEC (Comité Ético Científico) se reunió en sesión ordinaria con fecha 25.11.2021 estando presente BQ. Felipe Riquelme, A.S (MC) Patricia Messenger, Abg. Mariela Díaz, Q.F. Mireya Riquelme y Med. Luis Correa Devia.

DISTRIBUCION:
-Interesado
-Archivo