



UAI Universidad Abierta
Interamericana

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Artículo Científico

**Humanización en Salud: Agotamiento Emocional y su relación con la
Empatía y la Espiritualidad en Enfermeros/as.**

Autor: Mariano Benitez

Tutor: Lic. Carolina Maldonado

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Legajo N°: 4676

Mail de contacto: augustomariano.mb@gmail.com

Diciembre, 2022

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Metodología	11
Instrumentos	11
Procedimiento	13
Resultados	14
Discusión	22
Anexos	37

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar el grado de agotamiento emocional en el desempeño laboral y su relación con la empatía cognitiva y afectiva en la práctica de la enfermería y el cuidado espiritual proporcionado a sus pacientes. La muestra estuvo compuesta por 327 enfermera/os argentino/as, 85% mujeres y 15% varones (Media edad= 40,62). Se emplearon cuatro instrumentos, un demográfico y tres escalas, la subescala “Agotamiento Emocional” de 22 ítems del *Inventario Maslach de Burnout*, el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* y la *Escala de Evaluación del Cuidado Espiritual*. Los resultados demostraron que aquellos enfermeros/as que tienden a ponerse en el lugar de sus pacientes o comparten sus emociones experimentan una disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturados y cansados emocionalmente por el desempeño de su profesión en el ámbito hospitalario. Los enfermeros empáticos muestran mayor “sintonía emocional” por cuya condición contribuye a un desgaste emocional que los condiciona en forma disfuncional en sus tareas asistenciales. A su vez, aquellos que además de la cualidad empática de su personalidad están involucrados en prácticas religiosas o espirituales, también experimentarán altas dosis de estrés laboral y agotamiento emocional. Es notable señalar que la práctica espiritual posee un compromiso emocional para el modo de afrontar el dolor humano y las tensiones originadas en el seno del cuerpo hospitalario porque están relacionadas con el agotamiento emocional y posiblemente “potencien” ese estado de vulnerabilidad en la práctica de la enfermería.

Palabras Clave: Humanización en Salud- Agotamiento Emocional- Empatía
Espiritualidad

Abstract

The objective of this study was to evaluate the degree of emotional exhaustion in job performance and its relationship with cognitive and affective empathy in nursing practice and the spiritual care provided to its patients. The sample consisted of 327 Argentine nurses, 85% women and 15% men (Mean age= 40.62). Four instruments were used, one demographic and three scales, the 22-item "Emotional Exhaustion" subscale of the Maslach Burnout Inventory, the Cognitive and Affective Empathy Test, and the Spiritual Care Assessment Scale. The results showed that those nurses who tend to put themselves in the place of their patients or share their emotions experience a decrease or loss of emotional resources or describe feelings of being emotionally saturated and exhausted by the performance of their profession in the hospital setting. Empathic nurses show greater "emotional attunement" due to which condition contributes to emotional exhaustion that conditions them dysfunctionally in their care tasks. In turn, those who, in addition to the empathic quality of their personality, are involved in religious or spiritual practices, will also experience high doses of work stress and emotional exhaustion. It is noteworthy to point out that spiritual practice has an emotional commitment to the way of coping with human pain and tensions originated within the hospital staff because they are related to emotional exhaustion and possibly "enhance" that state of vulnerability in the practice of Nursing.

Key words: Humanization in Health- Emotional Exhaustion- Empathy Spirituality

Introducción

La temática de la presente investigación surge a partir de la necesidad del análisis de las organizaciones de salud, que funcionan como ambientes hostiles para los trabajadores, en consecuencia, a través de los “Cuidados Humanizados” se proponen lineamientos estratégicos para el cuidado de los profesionales, donde uno de ellos es sensibilizar y medir el agotamiento emocional (AE), entre otros, que son productores de trastornos psicológicos graves (Calle, et al., 2017). Por consiguiente, el AE puede depender de un atributo de la relación profesional de salud-paciente, que es la Empatía, considerada un factor de riesgo para el incremento de este (Ruiz Gonzales, 2019), asimismo en una investigación que estudió la relación entre espiritualidad, religiosidad y empatía en profesionales de salud mental en CABA, se indicó que la Espiritualidad sería amortiguadora de eventos traumáticos que aparecen juntamente con otros constructos positivos, dentro de los cuales se destaca la empatía (Fuentes, 2020), a su vez Doolittle (2013) llevó a cabo una investigación con residentes médicos donde se exploraron las relaciones entre el agotamiento, los comportamientos, el afrontamiento emocional y la espiritualidad concluyendo que aquellos que se involucraron en una vida espiritual activa pueden ser menos susceptibles al agotamiento.

Carlosama et al. (2019) expresan que la Humanización de los servicios de salud es “un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con los principios bioéticos y las normas deontológicas que rigen las prácticas de atención a la salud” (p.247) asimismo los profesionales deberán tener actitudes que generen atención humanizada, como son la tolerancia, empatía, respeto, equidad, simpatía y autenticidad (De la Cueva et al.,2018) sin embargo hay autores que señalan que no pueden ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso ético con la

vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento (Bermejo, 2014, citado en Rojas, 2019), donde también se debe incursionar en un paradigma de “Cuidado centrado en la persona”, incluyendo a quien tiene un problema de salud, familia y contexto, como así también a los profesionales de salud (Calle, Oviés, & Tello, 2017).

Correa (2016) expresa que “Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre” (p. 1227). Asimismo, Arias (2007) enfatiza que “Humanizar ” es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”, promulgando un trato humanizado basado en derechos. Por otra parte, Guerrero, Riva y De la Cruz (2016) describen que el Cuidado Humanizado es necesario en las profesiones y esto se muestra en las políticas normativas que establecen las instituciones de salud, que reverencian los derechos de pacientes, su familia y la calidad del servicio brindado (p.133). Por otro lado, Onocko Campos (2004) expresa que los trabajadores de salud padecen un desgaste diferente al desgaste operativo, ya que este cansancio de los trabajadores se debe a la necesidad de reponerse de su permanente exposición al sufrimiento y a la muerte. (p.2). En igual forma Carballeira (2021) coordinadora del Área de Cuidados Humanizados del Hospital El Cruce, de Florencio Varela, indica que los profesionales de la salud necesitan ser escuchados y es necesario entender su vulnerabilidad entendiéndose como un capital básico para humanizar la sanidad (p.56)

En el año 2014 surgió en España un proyecto internacional para humanizar los cuidados intensivos, llamado “Proyecto HU-CI”, otorgando un marco conceptual con el objetivo de implementar acciones específicas que contemplen la humanización como dimensión transversal de la calidad (Calle et al., 2017). Entre sus lineamientos estratégicos se encuentra el de “Cuidados al profesional” donde propone acciones para

la “sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados”, planteando optimizar el conocimiento sobre este tema, generando visibilidad, actividades formativas y evaluación mediante herramientas validadas (Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, 2017, p.43)

La pandemia por el virus COVID-19 ha hecho estragos en la salud mental de los profesionales de salud (Peñañiel-León et al., 2021; Marquina-Luján y Adriazola, 2020; López y López, 2021), entre los que se puede encontrar el Síndrome de Burnout, con sus tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. La presente investigación tomará una de ellas: El Agotamiento Emocional (AE), definido como la disminución de energía, sentimiento de desgaste emocional y físico, asociado a una sensación de frustración y fracaso (Barreto Osama & Salazar Blanco, 2020). El AE como componente del Síndrome de Burnout se conceptualiza luego de la observación del psiquiatra Freudenberger a sus compañeros en una clínica de adicciones en New York, donde percibió que aquellos con más de 10 años de trabajo, padecían pérdida progresiva de energía, idealismo, empatía con los pacientes, agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo (Freudenberger, 1974, citado en Cerón López, 2020), a su vez este síndrome fue declarado por la Organización Mundial de la Salud, año 2000, como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la salud mental e incluso poner en riesgo la vida. (Aceves, G. A., 2006).

Un artículo sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos en argentina encontró que la variable relación enfermera: paciente de 1:3 o más se encuentra estadísticamente relacionada con las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización ($p = 0,002$ y $0,0039$, respectivamente) (Torre, Popper, & Bergesio, 2019). Dentro de ese marco, un estudio con neurólogos argentinos dio como resultado una alta prevalencia de riesgo de síndrome de burnout y como factores de riesgo asociados se destacaron la edad (≤ 40 años), el sexo femenino,

años de graduación y la no realización de actividad física y meditación (Zuin, Peñalver, & Zuin, 2020), por otro lado, un estudio en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina describe que los profesionales jóvenes, con menor contención familiar y alta demanda laboral presentan mayor riesgo de agotamiento (Polacov, 2021). A diferencia de un metanálisis en enfermeras de atención primaria donde muestra una prevalencia de alto agotamiento emocional, siendo las que presentan mayor nivel de agotamiento aquellas que tienen mayor edad y que llevan desempeñando su labor por mucho tiempo (Gómez et al. 2017), por otro lado, un estudio llevado a cabo en Cuba, con trabajadores de cuidados intensivos, evidencio el AE en un 56,7 % de los estudiados sobre todo en aquellos con 5 a 10 años de ejercicio de la profesión (77,0 %) (Gutiérrez-Sánchez et al.,2021)

Un metanálisis que tenía como objetivo determinar la prevalencia de burnout en enfermeras de urgencias, mostró que la prevalencia es alta; alrededor del 30% de la muestra (n=1566) se vio afectada con al menos 1 de las 3 subescalas del Inventario de Burnout de Maslach (Gómez-Urquiza et al., 2017). Algo similar sucedió con otro metanálisis que quería determinar la prevalencia de los niveles del SB en profesionales de enfermería de servicios de oncología (n=9959), concluyendo que existe una alta prevalencia de AE por sobre las dos subescalas del SB (Cañadas-De la Fuente et al.,2018). A su vez un estudio cuantitativo, comparativo entre trabajadores de enfermería (n=589) brasileños y españoles que respondieron el cuestionario MBI arrojó como resultados que tanto en España como en Brasil, los asistentes/ técnicos de enfermería tienen un AE más alta que los enfermeros (efecto principal $p = 0,029$), y en Brasil, existe una correlación positiva entre la duración de la experiencia laboral y el AE, e ($CR = 0,652$; interacción del valor- $p = 0,005$; $IC95\%: 0,19$ a $1,10$; $R^2 = 0.023$) (Baldonado et al., 2019).

Teniendo en cuenta otra de las variables a estudiar, la “Empatía”, definida por Hogan (1969) como “el acto de construir para uno mismo el estado mental de otra persona”, y para Hoffman (1987) como “la respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia”. Al respecto, Sherman y Cramer (2005) consideran que la empatía desde el punto de vista de la neurociencia, es una compleja forma de deducción psicológica en la que la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento, se combinan para producir pensamientos y sentimientos de otros involucrando procesos cognitivos y emotivos que pueden ser evaluados y medidos.

Hay autores que afirman que las puntuaciones de empatía se mantienen estables durante todos los períodos etarios (Christov- Moore et al., 2014) y por otro lado las mujeres serian quien puntúan más alto en empatía en comparación con los hombres (Christov- Moore et al., 2014; Eisenberg & Lennon, 1983; Michalska et al.,2013). En cuanto al ámbito cognitivo de la empatía implica la habilidad para entender racionalmente las experiencias internas, sentimientos de otros y la capacidad de adoptar su perspectiva. El ámbito afectivo implica la capacidad de participar o tomar parte de la experiencia y sentimientos de la otra persona (Hojat et. al., 2001), asimismo Carrasco, Bustos y Díaz (2012) señalan que la empatía en el área de la salud se caracterizaría como una destreza del profesional para deducir las experiencias internas del paciente y la habilidad de expresar esta comprensión, promoviendo una mejor comunicación (p.145). Por consiguiente, el uso de un estilo empático en profesionales de salud durante la comunicación es de suma importancia en la motivación de pacientes, para asumir un rol activo en su tratamiento, aumentando el compromiso con el tratamiento y el éxito (Hojat, Gonnella, & Mangione, 2002).

En un estudio llevado a cabo en Almería, tuvo como objetivo mostrar los beneficios del uso de la empatía por parte de los enfermeros en el cuidado de los niños

oncológicos, realizando una búsqueda de amplia bibliográfica en bases de datos, entre diciembre de 2018 y febrero de 2019, concluyendo que las enfermeras se encuentran expuestas a sentimientos de ira, miedo y sufrimiento y que el uso de una asistencia empática favorece la mejora del estado de ánimo y el bienestar mental y emocional de los niños hospitalizados (Enrique et al., 2020), también en la relación con los niños hospitalizados con dolor crónico por cáncer, se utiliza la empatía como estrategia de interacción, favoreciendo la aproximación, la comprensión y la humanización de la atención, evitando la impersonalidad en las relaciones de cuidado (Silva et al., 2018).

En cuanto a otra de las variables a estudiar, Muñoz (2017) define a la “espiritualidad” como un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad por el cual las personas buscan un significado, propósito y trascendencia. Por otra parte, O’Neill (1998) relata que el espíritu es lo que alienta o da existencia a las personas. Otros autores señalan que el cuidado espiritual son las tareas destinadas a identificar las necesidades espirituales con el objetivo de satisfacerlas aportando bienestar y significado a la vida, generando una atención holística del profesional (Morales, 2014). Asimismo, para Forero Hernández et al. (2019) “la percepción espiritual involucra un juicio basado en la conciencia, la interpretación y el significado que hace la persona sobre la espiritualidad y sobre la forma en que se debe ofrecer el cuidado espiritual a otro”. También Ojeda y Morales (2014) señalan que somos seres vulnerables y podemos sufrir en las dimensiones biológica, psicológica, social, emocional y espiritual, pero que los enfermeros aún no cuentan con claridad el cuidado que se debe brindar en esta dimensión, sin embargo, Leininger (1991) indica una gran preocupación de enfermería en cuanto a los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado, respetando su cultura y creencias.

La percepción de la espiritualidad puede intervenir en cómo actúan y se comunican los enfermeros con los pacientes respecto a la prestación de una atención espiritual, estando, además, la espiritualidad y el cuidado espiritual conectados culturalmente y afectados por el origen étnico, religioso, educativo y experiencia clínica de la enfermera (Campesino et al. 2009; Ozbasaran et al., 2011). Por consiguiente, un estudio llevado a cabo en Bogotá con pacientes sometidos a quimioterapia, indicó la necesidad de un cuidado humanizado, resaltando aquellas de índole emocional, espiritual, social y afectivo, demandando un abordaje integral por parte de los profesionales de salud (Grisales Naranjo & Arias Valencia, 2013, como se citó en Forero Hernández, 2019). Por otro lado, un estudio brasilero, realizado con enfermeros y familiares de pacientes hospitalizados en Cuidados intensivos, se reconoció al soporte espiritual como significativo en el proceso de cuidado a los pacientes críticos (Santos, 2021). Así también en Madrid se llevó a cabo un estudio por Redondo, Ibañez & Abad (2017) en 105 pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos con el objetivo de analizar la relación entre la resiliencia y la espiritualidad en sus tres dimensiones (intrapersonal, interpersonal y transpersonal), concluyendo que hay una correlación positiva entre resiliencia y espiritualidad. A su vez, una recopilación bibliográfica llevada a cabo en Ecuador en el contexto de pandemia, tuvo como objetivo analizar el surgimiento, manifestaciones y tratamiento de la irritabilidad y, proponer el fortalecimiento de la espiritualidad en Profesionales de salud mental, a través del método bibliográfico analítico, dando como resultado que se presentaron casos de psicólogos irritables, molestos y angustiados, sin embargo, la espiritualidad fue el sustento para devolverles la armonía (Añazco & Manzo, 2022). Aun así, existen escasos estudios sobre las percepciones y tratamientos de las enfermeras hacia el cuidado espiritual (Murray y Zentner, 1989; Christensen y Turner, 2008) sabiendo que la espiritualidad y el cuidado espiritual en el sistema de prestación de servicios de salud no

se encuentran explícitamente, tampoco así en los programas de formación de enfermería (Ross, 2006).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, se desprenden las siguientes preguntas: ¿En qué medida el vínculo con el paciente potencia el agotamiento emocional? ¿Las creencias religiosas y espirituales del enfermero contribuyen a paliar el agotamiento emocional? ¿Colocarse “en el lugar” del paciente contribuye en algún grado con la espiritualidad de los enfermeros/as?

El objetivo general del estudio fue evaluar el grado de agotamiento emocional y su relación con la empatía cognitiva y afectiva y el cuidado espiritual en enfermeros/as, mientras que los objetivos específicos fueron: relacionar el grado de agotamiento emocional con la empatía cognitiva y afectiva en enfermeros/as; relacionar el grado de agotamiento emocional con el cuidado espiritual en enfermeros/as; relacionar la empatía cognitiva y afectiva con el cuidado espiritual en enfermeros/as; comparar el agotamiento emocional, la empatía cognitiva y afectiva y el cuidado espiritual según variables demográficas laborales.

Las hipótesis que se contrastaron son: (1) Se encontrará una relación positiva y significativa entre agotamiento emocional y empatía afectiva y cognitiva, es decir, a mayor empatía aumenta el grado de agotamiento emocional, (2) se encontrará una relación positiva y significativa entre agotamiento emocional y cuidado espiritual, es decir, a mayor espiritualidad aumentará el grado de agotamiento emocional (el estrés reactivo a la labor del enfermero refuerza sus creencias espirituales); (3) se encontrará una relación positiva y significativa entre empatía afectiva y cognitiva y cuidado espiritual, es decir, a mayor empatía aumentará el nivel de espiritualidad.

La presente investigación pretende cooperar a la integración del marco conceptual de la humanización en salud, contribuyendo a los lineamientos planteados

por el mismo, permitiendo integrar conocimientos sobre el agotamiento emocional y las relaciones existentes entre la empatía y el cuidado espiritual en enfermeros/as. Teniendo en cuenta que en Latinoamérica y sobre todo en nuestro país no existen cuantiosas investigaciones sobre el tema, aportando conocimiento a la psicología, con el fin de futuras intervenciones en el campo de la salud mental.

Metodología

Diseño

El presente estudio consistió de un diseño no experimental (ex-post-facto), sin manipulación de la variable independiente (Agotamiento Emocional) por parte del investigador tal y como se da en su contexto natural (ámbito hospitalario) y de tipo correlacional con una secuencia de tiempo de corte transversal con un enfoque cuantitativo. (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 327 enfermera/os argentino/as, 278 (85%) autoidentificadas bajo el género femenino y 49 (15%) autoidentificado bajo el género masculino, con un rango etario de 23 a 69 años (Media = 40,62 años, DT = 9,85) con acceso a internet y capaces de responder los instrumentos en formato on-line, con una antigüedad entre un año (como requisito de inclusión) hasta 42 años (Media = 12,33 años, DT = 9,88).

Instrumentos

Cuestionario demográfico y laboral. Se diseñó un cuestionario corto ad hoc para relevar las características socio-demográficas de la muestra, tales como el género, edad, educación superior, institución laboral (pública/privada), turno (Diurno, Nocturno o ambos) y Área de salud (se agruparon once áreas) y años de ejercicio de la profesión.

Inventario Maslach de Burnout (MBI); Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson, 1985). El MBI plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación con su interacción con el trabajo. Se puntúa la respuesta mediante una escala tipo Likert que mide la frecuencia y la intensidad de cada una de las situaciones descritas en los ítems mediante siete alternativas que van de 0 = Nunca hasta 7 = Diariamente. Aunque incluye dos subescalas adicionales (“Despersonalización” y “Realización Personal”), se optó por emplear sólo los 22 ítems de “Agotamiento Emocional” que refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo. La fiabilidad interna de la subescala de “Agotamiento Emocional” del MBI es buena, con un coeficiente alfa de Cronbach= 0.73 (n = 22 ítems) para esta muestra.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA, Davis, 1996; Pérez-Albéniz, Paúl, & Etxeberría, 2003). El TECA es un cuestionario con 33 ítems que se responden mediante una escala Likert, siendo 1= Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo. La escala está factorializada en cuatro escalas primarias y dos escalas secundarias: (1) Adopción de perspectiva, que evalúa la capacidad para la tolerancia, la comunicación y las relaciones personales; (2) Comprensión emocional, que evalúa la capacidad para reconocer los estados emocionales de los otros, así como sus intenciones e impresiones; (3) Estrés empático, que se refiere a la conexión con los estados emocionales negativos de los otros y (4) Alegría empática, que hace referencia a la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas. La Adopción de perspectiva y la Comprensión emocional constituye el factor “cognitivo” de la empatía, y el Estrés empático y la Alegría empática constituyen el factor “emocional” o afectivo de la empatía. Esta escala fue previamente traducida y probada en el contexto español

por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Montes y Torres. La versión en español del instrumento fue publicada por TEA Ediciones (alfa de Cronbach = 0.87).

Escala de Evaluación del Cuidado Espiritual (Spiritual Care Rating Scale; McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; Melhem, 2016). La SScrS mide la percepción de espiritualidad del personal de enfermería que puede influir en cómo actúan y se comunican con los pacientes con respecto a la prestación de cuidados espirituales. Consta de 16 ítems una escala de tipo Likert de cinco puntos desde 1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo. La escala ha sido factorializada e incluye las subescalas de Espiritualidad (por ej. “Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”, “Con frecuencia me siento muy cerca de Dios”, o “puntos de vista espirituales han tenido una gran influencia en mi vida”), Religiosidad (por ej. “Participó en privado de la oración o la meditación”, “Sólo el clero debe ayudar a los pacientes con creencias religiosas específicas”, o “leo material religioso”), y Atención Personalizada (¿por ej.? “¿Cuán frecuentemente mencionas temas espirituales?”, “El cuidado espiritual es una parte significativa de la práctica de la enfermería avanzada” o “La enfermera debe ayudar a un paciente en el uso de su religión”). La fiabilidad interna del SScrS es muy buena, con un coeficiente alfa de Cronbach= .93 (n = 21 ítems) para esta muestra.

Procedimiento

Se diseñó un formulario on line en la plataforma Google Forms para anunciar por redes sociales, foros específicos y grupos de Whatsapp y alcanzar así el mayor número de enfermera/os que sea posible reclutar (con un rango-ventana de dos meses de permanencia en línea: Octubre-noviembre, año 2022). A causa de este procedimiento, no fue posible conducir una colecta de casos por muestreo no probabilístico, de modo que los resultados pueden no ser representativos sino sólo de aquellos dispuestos a responder con acceso a internet (enfermero/as de cualquier región que comprendan

español). Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas e incluyó un consentimiento Informado apropiado antes de avanzar. La participación fue voluntaria y sin pago. Los datos obtenidos fueron sistematizados con el software IBM-SPSS (Statistical Package For The Social Sciences)

Resultados

Tabla 1.
Prueba de normalidad

<i>Variables</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Agotamiento Emocional	,03	327	,20
Empatía	,07	327	< ,001
Cuidado Espiritual	,05	327	,009

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las tres variables (Agotamiento Emocional, Empatía y Cuidado Espiritual) mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de ambos instrumentos. En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de ANOVA (Análisis de Varianza) para comparar grupos y Rho de Spearman para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver tabla 1).

Tabla 2.
Características laborales de la muestra

Educación superior	<i>N</i>	<i>%</i>
Auxiliar	7	2,1
Técnico	9	2,8
Profesional (terciario)	121	37,0
Licenciatura	148	45,3
Posgrado	42	12,8
Institución laboral		
Pública	207	63,3
Privada	94	28,7
Ambas	26	8,0
Turno		
Diurno	173	52,9
Nocturno	90	27,5
Múltiples turnos	64	19,6
Empleo		
Sólo uno	206	63,0
Múltiples empleos	121	37,0
Área de Salud (agrupadas)*		
Clínica adultos	75	22,9
Cuidados críticos	66	20,2
Emergencias	34	10,4
Atención primaria	28	8,6
Salud Mental	26	8,0
Cuidados críticos pediátricos	24	7,3

Área terapéutica transitoria	23	7,0
Pediatría	21	6,4
Gestión	19	5,8
Oncología	6	1,8
Paliativos	5	1,5

* En orden de mayor a menor.

Respecto a las características demográficas, la mayoría del personal de enfermería tiene muy buen nivel de capacitación (terciario y universitario ambos, el 82%), el 63% se desempeña en el ámbito público, poco más de la mitad se desempeña en el turno Diurno (52%), con dedicación exclusiva a la enfermería (63%) y las áreas de salud en su mayoría son Clínica adultos y Cuidados críticos (23% y 20% respectivamente) (ver tabla 2).

Tabla 3.
Correlación entre agotamiento emocional y empatía

	<i>Agotamiento Emocional</i>	
	<i>r_s</i>	<i>Sig.</i>
1. Adopción de Perspectivas	,09	,04
2. Comprensión Emocional	,11	,02
3. Estrés Empático	,13	,008
4. Alegría Empática	,06	n.s.
Empatía Cognitiva	,15	,003
Empatía Afectiva	,13	,007
Empatía (Total)	,14	,005

La H1 principal predice que se encontrará una relación positiva y significativa entre agotamiento emocional y empatía (afectiva y cognitiva), lo cual se confirmó ($r_s = .14$; Sig. = .005) siendo ambos estilos de empatía también significativas (Cognitiva $r_s = .15$; Sig. = .003 y Afectiva $r_s = .13$; Sig. = .007) (ver tabla 3).

Tabla 4.

Correlación entre agotamiento emocional y cuidado espiritual

	<i>Agotamiento Emocional</i>	
	r_s	Sig.
Espiritualidad	,10	,03
Religiosidad	,05	n.s.
Atención Personalizada	,10	,03
Cuidado espiritual	,08	,05

La H2 principal predice que se encontrará una relación positiva y significativa entre agotamiento emocional y cuidado espiritual, lo cual se confirmó, aunque marginalmente ($r_s = .08$; Sig. = .05) siendo Atención Personalizada y Espiritualidad levemente más significativas (ambas $r_s = .10$; Sig. = .03) (ver tabla 4).

Tabla 5.
Correlación entre empatía y cuidado espiritual

		Empatía Cognitiva	Empatía Afectiva	Empatía (Total)
1. Espiritualidad	r_s	,08	,11	,09
	Sig.	n.s.	,02	,03
2. Religiosidad	r_s	,09	,10	,09
	Sig.	,05	,03	,03
3. Atención Personalizada	r_s	,11	,13	,12
	Sig.	,02	,009	,01
Cuidado Espiritual	r_s	,09	,12	,11
	Sig.	,04	,01	,02

La H3 principal predice que se encontrará una relación positiva y significativa entre empatía y cuidado espiritual, lo cual se confirmó ($r_s = .11$; Sig. = .02) siendo Atención Personalizada y más significativas ($r_s = .12$; Sig. = .01). Particularmente, la empatía afectiva mostró mayor correlación con la Religiosidad ($r_s = .13$; Sig. = .009) (ver Tabla 5).

Tabla 6.
Diferencias de género en agotamiento emocional, empatía cognitiva y afectiva y cuidado espiritual

<i>Variables</i>	<i>Género</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>z*</i>	<i>Sig.</i>
Agotamiento Emocional	Masculino	49	66,06	12,99	0,32	n.s.
	Femenino	278	65,36	16,00		
Empatía Cognitiva	Masculino	49	52,49	6,70	0,32	n.s.
	Femenino	278	53,32	5,44		
Empatía Afectiva	Masculino	49	82,43	11,28	0,35	n.s.
	Femenino	278	83,94	8,23		
Empatía (Total)	Masculino	49	134,92	17,83	0,32	n.s.
	Femenino	278	137,26	13,50		
Espiritualidad	Masculino	49	21,04	8,31	2,20	,02
	Femenino	278	23,89	7,47		
Religiosidad	Masculino	49	11,18	3,56	2,30	,01
	Femenino	278	12,47	3,49		
Atención Personalizada	Masculino	49	11,02	3,89	2,81	,005
	Femenino	278	12,82	4,09		
Cuidado espiritual	Masculino	49	43,24	14,76	2,58	,01
	Femenino	278	49,18	13,98		

* Se empleó la *U* de Mann-Whitney.

Se llevó a cabo una comparación entre enfermeros y enfermeras en Agotamiento Emocional, Empatía Cognitiva y Afectiva y Cuidado Espiritual. Se encontró que las

enfermeras tienden a mostrar mayor cuidado espiritual que los enfermeros ($z = 2,58$; Sig. = .01), particularmente “Atención Personalizada” ($z = 2,81$; Sig. = .005). Respecto a Agotamiento Emocional y Empatía no se encontraron diferencias significativas entre ambas (ver tabla 6).

Tabla 7.

Correlación entre agotamiento emocional, empatía y cuidado espiritual con la edad, el nivel educativo superior y la antigüedad

<i>Variable</i>		<i>Edad</i>	<i>Educación Antigüedad</i>	
			<i>superior*</i>	<i>Laboral**</i>
Agotamiento Emocional	<i>r_s</i>	-,10	-,04	-,07
	Sig.	,02	n.s.	n.s.
Empatía Cognitiva	<i>r_s</i>	,09	,006	,04
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.
Empatía Afectiva	<i>r_s</i>	,08	,004	,01
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.
Empatía (Total)	<i>r_s</i>	,08	,005	,02
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.
Cuidado espiritual	<i>r_s</i>	,18	,08	,09
	Sig.	< ,001	n.s.	n.s.

* Siendo desde Auxiliar = 1 hasta Posgrado = 5 ** Siendo desde un año hasta 42 años.

Se correlacionó el grado de Agotamiento Emocional, Empatía y Cuidado Espiritual con la Edad, Nivel Educativo Superior y Antigüedad de los/as enfermeras/os. Respecto a la edad, se encontró que las enfermeras más jóvenes experimentan mayor Agotamiento Emocional ($r_s = -.10$; Sig. = .02), pero muestran mayor Cuidado Espiritual

($r_s = .18$; Sig. < .001). No se encontraron relaciones significativas ni con el nivel de educación ni con la antigüedad laboral (ver tabla 7).

Tabla 8.

Comparación en agotamiento emocional, empatía y cuidado espiritual entre tipo de institución

<i>Variables</i>	<i>Tipo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>X²*</i>	<i>Sig.</i>
Agotamiento Emocional	Pública	207	62,70	15,63	19,81	< .001
	Privada	94	70,50	14,41		
	Ambas	26	69,35	14,24		
Empatía	Pública	207	136,54	13,89	0,23	n.s.
	Privada	94	137,43	12,82		
	Ambas	26	138,00	20,90		
Cuidado espiritual	Pública	207	47,81	14,48	0,65	n.s.
	Privada	94	48,76	13,75		
	Ambas	26	50,46	14,21		

* *H* de Kruskal-Wallis.

Se llevó a cabo una comparación en Agotamiento Emocional, Empatía y Cuidado Espiritual entre Tipo de Institución. Se encontró que la Institución Privada mostró un significativo aumento del Agotamiento Emocional en comparación con la Pública ($X^2 = 19,81$; Sig. < .001), pero ninguna diferencia en Empatía y Cuidado Espiritual (ver tabla 8).

Tabla 9.
Comparación en agotamiento emocional y cuidado espiritual entre “atención primaria” y “cuidados críticos”

<i>Variables</i>	<i>Área Salud</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>z*</i>	<i>Sig.</i>
Agotamiento Emocional	Atención Primaria	28	59,61	16,18	1,51	n.s.
	Cuidados Críticos	66	66,47	14,84		
Empatía	Atención Primaria	28	138,54	15,01	0,33	n.s.
	Cuidados Críticos	66	137,62	13,62		
Espiritualidad	Atención Primaria	28	48,82	15,00	0,32	n.s.
	Cuidados Críticos	66	47,98	15,06		

* Se empleó la *U* de Mann-Whittney.

Se llevó a cabo una comparación entre las áreas “Atención Primaria” y “Cuidados Críticos” en Agotamiento Emocional, Empatía y Cuidado Espiritual. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las tres variables (ver tabla 9).

Discusión

El objetivo general de este estudio es evaluar el grado de agotamiento emocional y su relación con la empatía cognitiva y afectiva, y el cuidado espiritual en enfermeros/as, más específicamente relacionar el grado de agotamiento emocional con la empatía cognitiva y afectiva y el cuidado espiritual con el género, la edad, la antigüedad laboral, el nivel de educación superior, el tipo de institución y el área de salud.

Los resultados muestran que aquellos enfermeros/as que tienden a ponerse en el lugar de sus pacientes o comparten sus emociones (sea en forma de comprensión tanto cognitiva como emocional), experimentan una disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturados y cansados emocionalmente

por el desempeño de su profesión en el ámbito hospitalario. Los enfermeros empáticos muestran mayor “sintonía emocional” por cuya condición contribuye a un desgaste emocional que los condiciona en forma disfuncional en sus tareas asistenciales. En sentido inverso, aquellos que logran “disociarse” emocionalmente o muestran conductas más “frías y distantes” pueden afrontar el estrés que involucra la ejecución de tareas en el ámbito hospitalario.

A su vez, aquellos que además de la cualidad empática de su personalidad están involucrados en prácticas religiosas o espirituales, también experimentarán altas dosis de estrés laboral y agotamiento emocional. La práctica espiritual posee un compromiso emocional para el modo de afrontar el dolor humano y las tensiones originadas en el seno del cuerpo hospitalario porque están relacionadas con el agotamiento emocional y posiblemente “potencian” ese estado de vulnerabilidad en la práctica de la enfermería. También es posible que las prácticas espirituales y religiosas del propio enfermero, en comparación con aquellos que consideran a la espiritualidad un aspecto de poco valor para las prácticas de enfermería, podrían afrontar mejor el agotamiento emocional poniendo énfasis en rituales, oraciones y lecturas religiosas. Tales prácticas moldean y contribuyen al bienestar en la práctica de la enfermería, sin necesidad de adoptar una actitud “distante” con su paciente sino sintonizando con éste para poder aliviar el estrés y el agotamiento.

Finalmente, aunque las enfermeras más jóvenes experimentan agotamiento emocional brindan mayores cuidados espirituales, o sea, prestan más atención a los temas espirituales, la oración, la meditación y el cuidado empático que resulta de una relación profunda y espiritualmente significativa. Las enfermeras deben ayudar a sus pacientes en el uso de su religión. La espiritualidad entre las enfermeras puede influir en cómo actúan y se comunican con los pacientes con respecto a la prestación de cuidados

espirituales. Además, la espiritualidad y el cuidado espiritual están interrelacionados culturalmente y se ven afectados por el origen étnico, la religión, el nivel educativo y la experiencia clínica de la enfermera (Campesino et al. 2009; Ozbasaran et al., 2011). Como este estudio ha demostrado, el cuidado espiritual es el centro de la “atención holística” que brindan las enfermeras, tanto técnica como emocional. Sin embargo, el cuidado espiritual de las enfermeras se centra principalmente en los sistemas de creencias y el contexto religioso (Murray & Zentner, 1989; Christensen & Turner, 2008).

Además, se encontró que la Institución Privada mostró un significativo aumento del Agotamiento Emocional en comparación con la Pública, pero ninguna diferencia en Empatía y Cuidado Espiritual, por tanto se podría explicar desde las diferencias en materia de derechos y obligaciones laborales que existen entre los enfermeros/as que se desempeñan en el ámbito privado y público, teniendo en cuenta las normas que regulan su profesión y la suma de exigencias de cada sector, donde una podría ser que en el sector privado se desempeñan funciones por fuera de las competencias de la profesión (Aspiazu, 2017).

De esta manera la temática estudiada considera los postulados de diferentes autores (Guerrero, Riva y De la Cruz 2016; Calle, et al., 2017; De la Cueva et al.,2018; Carlosama et al. 2019; Carballeira, 2021) como una sumatoria para la contribución al marco conceptual de la humanización en salud, teniendo en cuenta los lineamientos planteados y agregando nuevos resultados para ser comparados con lo investigado, por ejemplo, que los años de ejercicio de la profesión (mayor a diez años), tipo de área de trabajo (Áreas críticas) estaba relacionado positivamente con el AE y pérdida de empatía (Cerón López, 2020), también que las enfermeras de urgencias y oncología presentaban mayor AE que otras áreas (Cañadas et al.,2018) y que algunos de los

factores de riesgo asociados a este agotamiento eran la edad, el sexo femenino, años de graduación (Zuin, Peñalver, & Zuin, 2020). En cuanto a la relación del AE y el Cuidado espiritual el uso de una asistencia empática favorecía al estado de ánimo y el bienestar mental de pacientes (Enrique et al., 2020) favoreciendo a la humanización de la atención evitando la impersonalidad en las relaciones de cuidado (Silva et al., 2018). También se reconoció al soporte espiritual como significativo en el proceso de cuidado a los pacientes críticos (Santos, 2021) y que este sustento podría servir como amortiguador de situaciones agotadoras para los trabajadores de salud (Añazco & Manzo, 2022).

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación vale destacar que los resultados no pueden ser generalizables a todos los profesionales de enfermería, ya que la muestra corresponde únicamente a profesionales del Gran Buenos Aires y no alcanza a la totalidad de los mismos. Se recomienda tener en cuenta esta limitación al momento de llevar a cabo futuros estudios. Asimismo, se sugiere continuar investigando sobre la temática planteada, teniendo en cuenta muestras más amplias y más sectorizadas para luego llevar a cabo una comparación más estricta ofreciendo así altos conocimientos sobre el tema en Argentina.

A modo de concluir vale destacar que existe relación entre el Agotamiento emocional y la cualidad empatía en enfermeros/as, al igual que el AE con el Cuidado espiritual, aunque de manera más marginal, también aquellos profesionales que son más empáticos realizan mayor cuidado espiritual, aunque mayor significancia en el uso de la religión. En cuanto a la edad, los de menor edad presentan mayor agotamiento emocional y cuidado espiritual, y en cuestiones de género femenino sería quien efectúa mayor cuidado espiritual, además quienes trabajan en instituciones privadas presentaron mayor agotamiento emocional. Llevar a cabo el presente estudio conlleva a la necesidad

de replantearse tanto las instituciones formativas, que desde la base deberían brindar herramientas que sensibilicen y prevengan el AE, fortalezcan la empatía y construyan un cuidado espiritual en los estudiantes, como las instituciones de salud que se ajusten a la humanización de los cuidados de sus trabajadores, pensándolos como personas vulnerables al sufrimiento psíquico brindando herramientas para paliar el agotamiento, generar espacios de escucha, espacios de recreación que fortalezcan los vínculos y el desgaste emocional, como también que se brinde contención psicológica a los trabajadores de salud, pensando la esfera psíquica y espiritual con la misma importancia que se le da a la física.

Bibliografía

- Aceves, G. A., López, M. Á. C., Moreno, S., Jiménez, F. F. S., & Campos, J. D. J. S. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309. https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Farias-Serratos/publication/236332518_Burnout_Syndrome/links/02e7e517a8d1f31e73000000/Burnout-Syndrome.pdf
- Añazco-Robles, L. A., & Manzo-Montes de Oca, Á. (2022). Irritabilidad en profesionales de psicología, aporte de la espiritualidad en la intervención: una mirada desde el contexto de pandemia. *Psicología unemi*, 6(10), 135-148. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp135-148p>
- Arias, M., & Tribunal Nacional Ético de Enfermería. (2007). La ética y humanización del cuidado de enfermería. *Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería*.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, (28), 11-35.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002&lng=es&tlng=es.

Baldonado-Mosteiro, M., Almeida, M. C. D. S., Baptista, P. C. P., Sánchez-Zaballos, M., Rodríguez-Díaz, F. J., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2019). Síndrome burnout en trabajadores de enfermería brasileños y españoles. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192>

Barreto Osma, D. A., & Salazar Blanco, H. A. (2021). Agotamiento Emocional en estudiantes universitarios del área de la salud. *Universidad y Salud*, 23(1), 30-39. <https://sired.udenar.edu.co/6908/1/5.pdf>

Calle, G. H. L., Martín, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29, 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>

Campesino, M., Belyea, M. y Schwartz, G. (2009). Espiritualidad e identificación cultural entre estudiantes universitarios latinos y no latinos. *Atención médica internacional hispana: publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras Hispanas*, 7 (2), 72. <https://doi.org/10.1891/2F1540-4153.7.2.72>

Cañadas-De la Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Ortega-Campos EM, Cañadas GR, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI. Prevalencia del síndrome de burnout en enfermería oncológica: un estudio metaanalítico. *Psicooncología*. 2018; En prensa. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4632>

Carballeira, B., Majewski, C., Saad, Y., Ríos, E., Tajer, C., Roussel, P., & Andreatta, P. (2021). De la medicina narrativa a los cuidados humanizados: El hospital El

Cruce en pandemia. <https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=7034>

Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. D. L., & Matabanchoy, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245-262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>

Carrasco D., Bustos A., & Díaz V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Rev. Estomatol Herediana*. 2012; 22(3): 145-151. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539372002>

Cerón López, E. M. (2020). Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador. <http://www.dspace.clinicaguayaquil.com:58320/xmlui/handle/123456789/6>

Christensen, Kh. & Turner, S. (2008) Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 26(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/0898010107301869>

Christov-Moore, L., Simpson, EA, Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M. y Ferrari, PF (2014). Empatía: efectos de género en el cerebro y el comportamiento. *Revisiones de neurociencia y biocomportamiento*, 46, 604-627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>

Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev. Cuid.*, 7(1), 1227-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

- Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- De la Cueva, G. L. F., Álvarez, D. B., Rodríguez, L. M. M., Pérez, C. P., & Ramírez, R. M. M. (2018). La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo*, 8(1),1826.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536488>
- Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(2), 257-261.<https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00136.1>
- Doreen, AW (2016). *Espiritualidad en la práctica de enfermería: los fundamentos y más allá*. Editorial Springer.
- Eisenberg, N. y Lennon, R. (1983). Diferencias sexuales en empatía y capacidades relacionadas. *Boletín psicológico* , 94 (1), 100.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.94.1.100>
- Enrique, M. M., Camacho, T. G., & Latorre, M. I. L. (2020). La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 107-114.
- Forero Hernández, D. A., Ortiz Gutiérrez, L. M., Pico Sánchez, L. M., Rodríguez Toro, H. L., & Sánchez Latorre, C. L. (2019). Percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería en la Universidad El Bosque
<http://hdl.handle.net/20.500.12495/8588>
- Fuentes, L. C. *Espiritualidad, Religiosidad y Empatía, factores promotores de salud mental [en línea]*. Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Facultad de Psicología y Psicopedagogía, 2020

[:https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12569](https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12569)

Gómez Urquiza, J. L., Monsalve, C., San Luis, C., Fernández Castillo, R., Aguayo, R., y Cañadas, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención primaria*, 49(2), 77-85 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos E. Cañadas-De la Fuente GA. Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de urgencias: un estudio metaanalítico. *Enfermera de cuidados críticos*. 2017;37(5): e1–9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>

Gorostiaga, A., Balluerka, N., & Goretti, S. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de Educación*, 364, 12-38.

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI (2017). *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Madrid. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

Guerrero-Ramírez R, Elisa M, Riva M-L, De M, Cruz-Ruiz L. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015 (2016) *Rev. Enferm. Herediana*. 9 (2), 127-136. doi: <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>.

Gutiérrez-Sánchez Y, Rodríguez-Rodríguez T, Navarro-Baldellot A, Pena-Olivera R, Sánchez-Sánchez S. Comportamiento del síndrome de Burnout y la resiliencia en trabajadores de Cuidados Intensivos. *Medisur*;

19(6).<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5127>

Heras La Calle, G., Oviés, Á. A. y Tello, VG (2017). Un plan para la mejora de la humanización de las unidades de cuidados intensivos. *Medicina de cuidados intensivos* , 43 (4), 547-549.<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4556-4>

Hernández-Sampieri, R., & Méndez Valencia, S. (2019). *Mendoza torres, CP (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.*

Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47–80). Cambridge University Press.

Hogan, R. (1969). Development of an Empathy Scale. *Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0027580>

Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002; 36:522-7. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x>

Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, Veloski JJ, Kane G. Empathy in medical education and patient care. *Acad Med*. 2001Jul;76(7):669. doi: 10.1097/00001888-200107000-00001. PMID: 11448817.

- Leininger, M. M. (1991) Ethnonursing: A research method with enablers to study the theory of culture care. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. National League for Nursing Press, New York pp. 73-117.
- López, I. y López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1026>
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & García, F. J. A. (2008). TECA: Test de empatía cognitiva y afectiva. Madrid, Spain: Tea.
<https://pseaconsultores.com/wp-content/uploads/2020/12/TECA-Test-de-Empati%CC%81a-Cognitiva-y-Afectiva.pdf>
- Marquina-Luján, R., y Adriazola, R. (2020). Autopercepción del estrés del personal de salud en primera línea de atención de pacientes con COVID-19 en Lima Metropolitana, Perú. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 7(2), 35 - 42. <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.391>
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1985). Burnout research in the social services: A critique *Journal of Social Service Research*, 10(1), 95-105.
https://doi.org/10.1300/J079v10n01_09
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3170-3182.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12411>

- McSherry, W., Draper, P., & Kendrick, D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 723-734. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7)
- Melhem, G, (2016) Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), 42-49.
- Michalska, KJ, Kinzler, KD y Decety, J. (2013). Las diferencias de sexo relacionadas con la edad en medidas explícitas de empatía no predicen las respuestas cerebrales durante la infancia y la adolescencia. *Neurociencia cognitiva del desarrollo*, 3 (1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.08.001>
- Muñoz Jiménez, D. (2017). Validación de los diagnósticos enfermeros de espiritualidad y religiosidad en pacientes con cáncer en contexto español. <http://hdl.handle.net/10952/2561>
- Murray, R. & Zentner, J.P. (1989). *Nursing concepts for health promotion*. London: Prentice Hall.
- Ojeda-Vargas, M. G., & Morales-Ramón, F. (2014). El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. *Salud en Tabasco*, 20(3), 94-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48740677005>
- O'Neill, D. P., & Kenny, E. K. (1998). Spirituality and chronic illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 275-280. doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01305. x. PMID: 9753845.

- Onocko Campos, R. (2004). Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. *Spinelli H, (compilador). Salud Colectiva: Cultura; Instituciones; Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 103-120.*
- Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A., Aslan, G.G., & Coban A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 20(21-22), 3102-3110.* <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03778.x>
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I.C. y Martínez-Suárez, P.C. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40(3), 202-217.*
<https://zenodo.org/record/5035609#.YpVz5yjMI2w>
- Pérez, B. L., & Pinto, I. F. (2009). TECA: test de empatía cognitiva y afectiva. In *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 79-84). Fundación Marcelino Botín. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3171970>
- Pérez-Albéniz, A., Paúl, J., Etxeberría, J. Montes, M.P., & Torr, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema, 15, 267-272.*
- Polacov S, Barrionuevo Battistini I, Barroso G, Cravero B, D'Alessandro T, Allende GE, Boni SR, Maldini CS, Pepe GA, Gobi CA. Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina [Risk of Burnout syndrome in medical professionals in Córdoba City, Argentina]. *Rev. Fac Cien Med Univ. Nac. Córdoba. 2021 Dec 28;78(4):371-375.* Spanish. doi: 10.31053/1853.0605.v78.n4.28749. PMID: 34962747; PMCID: PMC8765372.

- Redondo Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
- Ross L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x>
- Ruiz González, E. (2019). Relación entre empatía y burnout en profesionales de la salud de Córdoba-Colombia. evaluación y diagnóstico tomo. <https://www.aacademica.org/000-111/129>
- Santos, P. M. D., Rodrigues, K. D. S., Pinheiro, L. A., Santana, B. D. S., Ipólito, M. Z., & Magro, M. C. D. S. (2021). Suporte religioso e espiritual na concepção de enfermeiros e familiares de pacientes críticos: estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0508>
- Sherman J, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of dental education*. 2005; 69: 338-345:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539372002>
- Silva, T. P. da, Leite, J. L., Stinson, J., Lalloo, C., Silva, Í. R., Jibb, L., & Jibb, L. (2018). Estratégias de ação e interação para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica. *Enfermagem*, 27(4), 20-27.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072018003990017>

Torre, M., Popper, M. S., & Bergesio, A. (2019). Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería intensiva*, 30(3), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.005>

Zuin, D. R., Peñalver, F., & Zuin, M. P. (2020). Síndrome de burnout o de agotamiento profesional en la Neurología argentina. Resultados de una encuesta nacional. *Neurología Argentina*, 12(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.005>

Anexos

Anexo I. Consentimiento Informado

Mi nombre es Mariano Benitez, soy estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. En esta oportunidad, solicito la colaboración de Enfermeros/as que estén recibidos y estén trabajando en el Gran Buenos Aires. Que tengan como mínimo un año de desempeño laboral. Su colaboración es voluntaria y los datos que brinde serán confidenciales y anónimos. Los resultados serán utilizados sólo para fines académicos-científicos. Asimismo, se le informa que en cualquier momento podrá desistir de responder el cuestionario si así lo desea.

Responder la encuesta lleva un tiempo estimado de 10 a 15 minutos. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que responda todas las preguntas. Si tiene alguna inquietud sobre la investigación o desea recibir los resultados de la misma, puede contactarse al siguiente mail: augustomariano.mb@gmail.com

Consentimiento informado: Es importante destacar que toda información proporcionada permanecerá totalmente confidencial, tal como lo dicta la Ley N° 25326, y serán utilizados solo por el investigador en el contexto de estudio.

Acepto Participar:

SI

No

Anexo II. Cuestionario demográfico y laboral:

1-Edad (En número): _____

2- Género: Masculino_____ Femenino_____ Otro_____

3-Nivel de formación alcanzado:

Auxiliar _____ Técnico Profesional ____ Licenciatura ____ Posgrado _____

4-Institución donde trabaja:

Pública _____ Privada _____ Ambas _____

5-Turno: Diurno _____ Nocturno _____ Múltiples turnos _____

6- ¿Tiene doble empleo? Sí _____ No _____

7- ¿Área donde se desempeña?

Atención Primaria ____

Cirugía ____

Clínica Adultos ____

Consultorios ____

Emergencias ____

Gastroenterología ____

Gestión ____

Gineco-obstetricia ____

Hemodinamia ____

Infectología ____

Neonatología ____

Oncología ____

Paliativos ____

Pediatría ____

Salud mental ____

Terapia Intensiva adultos ____

Terapia intensiva pediátrica ____

Traumatología ____

Unidad Coronaria ____

Otra: _____

8- Años de ejercicio de la profesión (En Números) _____

Anexo III. Inventario Maslach de Burnout (MBI)

ESCRIBA EN EL CASILLERO DE LA DERECHA CON UNA “X” (equis) LA RESPUESTA QUE APLICA A USTED:

0= Nunca - 1= Alguna vez al año o menos - 2= Una vez al mes o menos - 3= Algunas veces al mes – 4= Una vez a la semana - 5= Varias veces a la semana - 6= Diariamente

1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	
2	Al final de la jornada me siento agotado.	
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	
8	Me siento “quemado” por el trabajo.	
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me encuentro con mucha vitalidad.	
13	Me siento frustrado por mi trabajo.	
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada para mis pacientes.	
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo IV. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)

MARQUE EL NÚMERO CUYA RESPUESTA APLICA A USTED:

1= Totalmente en desacuerdo – 2= En desacuerdo – 3 = Neutral – 4= De acuerdo – 5= Totalmente de acuerdo

01. Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de mis pacientes. 1 2 3 4 5

02. Me siento bien si mis pacientes se sienten bien. 1 2 3 4 5

03. No me pongo triste sólo porque un paciente lo esté. 1 2 3 4 5

04. Si un paciente logra un objetivo muy deseado, me entusiasmo con él. 1 2 3 4 5
05. Me afectan demasiado los relatos de mis pacientes. 1 2 3 4 5
06. Antes de tomar una decisión intentó tener en cuenta todos sus puntos de vista. 1 2 3 4 5
07. Rara vez reconozco cómo se siente un paciente con sólo mirarlo. 1 2 3 4 5
08. Me afecta poco escuchar las desgracias que le ocurren a mis pacientes. 1 2 3 4 5
09. Me encanta ver que un paciente nuevo se encuentra a gusto en la sala. 1 2 3 4 5
10. Me es difícil entender cómo se siente un paciente ante una situación que no he vivido. 1 2 3 4 5
11. Cuando un paciente se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos. 1 2 3 4 5
12. Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a mis pacientes. 1 2 3 4 5
13. Reconozco fácilmente cuándo un paciente está de mal humor. 1 2 3 4 5
14. No siempre me doy cuenta cuando un paciente se siente mal. 1 2 3 4 5
15. Intento ponerme en el lugar de los pacientes para saber cómo actuarán. 1 2 3 4 5
16. Cuando a un paciente le sucede algo bueno siento alegría. 1 2 3 4 5
17. Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de mis pacientes. 1 2 3 4 5
18. A veces sufro más con las desgracias de mis pacientes que ellos mismos. 1 2 3 4 5
19. Me siento feliz sólo con ver feliz a un paciente. 1 2 3 4 5
20. Cuando un paciente tiene un problema puedo imaginarme cómo me sentiría. 1 2 3 4 5
21. No siento especial alegría si un paciente me cuenta que ha mejorado su salud. 1 2 3 4 5
22. Cuando veo que un paciente recibe una buena noticia no puedo reprimir una sonrisa. 1 2 3 4 5
23. No puedo evitar llorar con los testimonios de mis pacientes. 1 2 3 4 5
24. Cuando conozco un paciente nuevo me doy cuenta de la impresión que se ha llevado de mí. 1 2 3 4 5
25. Cuando mis pacientes me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia. 1 2 3 4 5
26. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de mis pacientes. 1 2 3 4 5

27. Entender cómo se siente un paciente es algo muy fácil para mí. 1 2 3 4 5
28. No soy de esas personas que se deprimen con los problemas de sus pacientes. 1 2 3 4 5
29. Intento comprender mejor a mis pacientes mirando las situaciones desde su perspectiva. 1 2 3 4 5
30. Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente. 1 2 3 4 5
31. Me doy cuenta cuando mis pacientes están contentos sin que me hayan contado el motivo. 1 2 3 4 5
32. Me resulta difícil ponerme en el lugar de mis pacientes con los que no estoy de acuerdo. 1 2 3 4 5
33. Me doy cuenta cuando un paciente intenta esconder sus verdaderos sentimientos. 1 2 3 4 5

Anexo V. Escala de Evaluación del Cuidado Espiritual

1= Totalmente en desacuerdo – 2= En desacuerdo – 3 = Neutral – 4= De acuerdo – 5= Totalmente de acuerdo

1. Al hablar con mis pacientes es frecuente mencionar temas espirituales 1 2 3 4 5
2. Con frecuencia comparto con mis pacientes los problemas y alegrías de vivir de acuerdo a mi creencia espiritual 1 2 3 4 5
3. Con frecuencia leo material (libros, revistas, folletos) espiritual 1 2 3 4 5
4. Con frecuencia participé en privado de la oración o la meditación 1 2 3 4 5
5. El perdón es una parte importante de mi espiritualidad 1 2 3 4 5
6. Busco orientación espiritual en la elaboración de mis decisiones en la vida cotidiana 1 2 3 4 5
7. Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida 1 2 3 4 5
8. Con frecuencia me siento muy cerca de Dios o de un “poder superior” en oración en el hospital, durante el culto o en momentos importantes en mi vida cotidiana 1 2 3 4 5
9. Mis puntos de vista espirituales han tenido una gran influencia en mi vida 1 2 3 4 5
10. Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas sobre el significado de la vida 1 2 3 4 5
11. El cuidado de la dimensión espiritual es una parte significativa de la práctica avanzada de la enfermería 1 2 3 4 5

12. En general, mis pacientes tienen necesidades espirituales 1 2 3 4 5
13. Creo que como enfermera/o, debería compartir mis creencias con los pacientes 1 2 3 4 5
14. El dominio de la práctica de la enfermería debe incluir el cuidado espiritual 1 2 3 4 5
15. El cuidado espiritual no es sólo para personas religiosas sino también para mis pacientes 1 2 3 4 5
16. Ateos y agnósticos son espiritualmente saludables 1 2 3 4 5
17. Una persona no debe creer en un ser/poder superior ser espiritualmente saludable 1 2 3 4 5
18. Las relaciones con los demás son importantes para la salud espiritual de los pacientes 1 2 3 4 5
19. La enfermera no debe esperar a que un paciente plantee cuestiones espirituales 1 2 3 4 5
20. Sólo un sacerdote/pastor debe ayudar a los pacientes con creencias religiosas específicas 1 2 3 4 5
21. La enfermera debe ayudar a un paciente en el uso de su religión o necesidades espirituales para hacer frente a su enfermedad 1 2 3 4 5