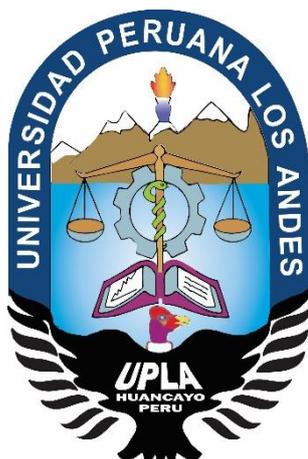


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Título	:	AUTOEFICACIA Y ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD
Autoras	:	Jaime Oscco, Esmeralda Ccoecca Yance, Juslisa
Para optar	:	El título profesional de Licenciada en Enfermería
Asesor	:	Lic. Ivan Ubaldo Galarza Curisinche
Línea de investigación institucional	:	Salud y gestión de la salud
Fecha de inicio y término	:	29 de octubre del 2020 / 29 de octubre del 2021

HUANCAYO – PERÚ – 2021

DEDICATORIA

A: Dios, por estar conmigo en todas las cosas que hago, por confortar mi corazón y esclarecer mi mente; y por haberme proporcionado a las personas que fueron apoyo e inspiración en todo mi proceso de formación profesional.

A: mis maestros, por compartir con nosotras sus conocimientos y formarnos como profesionales de éxito.

Esmeralda y Juslisa

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes; porque en sus aulas nos formaron como profesionales competitivos para mejorar la salud y las condiciones de vida de la región y el país.

A las autoridades de la Microred de Salud “Chilca” que colaboraron con nosotras en todo momento para poder desarrollar este trabajo científico de forma idónea.

A las enfermeras que laboran en la microred de salud “Chilca” por su participación activa en la realización de este estudio.

Jaime Oscco, Esmeralda

Ccoecca Yance, Juslisa

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia, es la creencia de la enfermera sobre su nivel de capacidad para realizar determinados procedimientos propios de la carrera, cuanto más favorable es la percepción, sea general o para situaciones específicas mayor es la probabilidad de persistencia y éxito en la ejecución de las tareas; teniendo en cuenta que el entorno laboral en enfermería es estresante, debido: a la presión laboral, el contacto con la muerte, el sufrimiento del prójimo, la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo, etc. el estrés laboral en las enfermeras es un estado físico y emocional perjudicial que se genera ante las exigencias del trabajo que están por encima de las capacidades, recursos o necesidades de la enfermera; es fundamental que la enfermera posea un adecuado sentido de autoeficacia para afrontar las situaciones estresantes de forma exitosa; sin embargo la asociación entre la autoeficacia y el estrés laboral en enfermería no fue establecida de manera indiscutible, además no se encontraron investigaciones locales que comprueben el vínculo de las variables, en consecuencia es fundamental cerciorarnos de esta relación para reducir el estrés vía el fortalecimiento de la autoeficacia.

La investigación propuesta tuvo como finalidad, determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021; con este fin se realizó un estudio observacional correlacional, se consideró una población de 137 enfermeras que laboraban en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de Chilca de donde se eligió a 95 enfermeras por medio de un muestreo aleatorio simple; a las seleccionadas se

les administró la “Escala de autoeficacia general” y la “Escala de estrés de enfermería”, con los datos obtenidos se calculó el coeficiente de correlación “r” de Pearson para determinar el grado de relación entre ambas variables.

El informe de investigación está conformado por seis partes: en el capítulo I, se describe el vacío de conocimiento que busco cubrir la investigación; en el capítulo II, se exponen los fundamentos teóricos existentes en relación a las variables y su codependencia; en el capítulo III, se enuncian las hipótesis y se presenta la operacionalización de las variables; en el capítulo IV, se demarca el abordaje metodológico del estudio para cumplir con los designios trazados; en el capítulo V, se presentan los resultados alcanzados en tablas y figuras y en el capítulo VI, se muestran los hallazgos encontrados comparados con las averiguaciones de otros investigadores, también se exponen algunos argumentos de diversos autores que aportan juicio lógico a las relaciones encontradas.

Las autoras.

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN	IV
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE TABLAS	X
CONTENIDO DE FIGURAS	XIII
RESUMEN	XVI
ABSTRACT.....	XVII

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	29
2.2. BASES TEÓRICAS	37
2.2.1. AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA.....	37
2.2.1.1. COMPETITIVIDAD	39
2.2.1.2. DETERMINACIÓN	43
2.2.1.3. CAPACIDAD DE RESPUESTA	47
2.2.2. ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA.....	54
2.2.2.1. MUERTE Y MORIR	55
2.2.2.2. CONFLICTO CON LOS MÉDICOS	57
2.2.2.3. INADECUADA PREPARACIÓN PARA EL SOPORTE EMOCIONAL	59
2.2.2.4. FALTA DE APOYO.....	64
2.2.2.5. CONFLICTO CON OTRAS ENFERMERAS (OS)	66
2.2.2.6. CARGA DE TRABAJO	68
2.2.2.7. INCERTIDUMBRE SOBRE EL TRATAMIENTO	72
2.3. MARCO CONCEPTUAL	75

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	77
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	77
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	78
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	79

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	84
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	85
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
4.4. DISEÑO	86
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	87
4.5.1. POBLACIÓN	87
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	87
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	87
4.5.2. MUESTRA.....	88
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	90
4.6.1. PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	90
4.6.2. PARA VALORAR EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	91
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	92
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	94

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	96
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	¡Error! Marcador no definido.
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	96
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	100
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	114

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD.....	114
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA COMPETITIVIDAD Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	116
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	120
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	124
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	128
CAPÍTULO VI.....	132
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	132
6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	132
6.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	136
6.3. RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL	140
CONCLUSIONES	146
RECOMENDACIONES	147
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148
ANEXOS	155

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN COMPETITIVIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	108
TABLA 2: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN DETERMINACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	109
TABLA 3: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	110
TABLA 4: CONSOLIDADO DE AUTOEFICACIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021... ..	111
TABLA 5: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	112
TABLA 6: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSION FRENTE A LOS MÉDICOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	113
TABLA 7: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	96
TABLA 8: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	97
TABLA 9: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSION FRENTE A OTRAS ENFERMERAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA”	98

TABLA 10: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	99
TABLA 11: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	100
TABLA 12: CONSOLIDADO DE ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021...	101
TABLA 13: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	102
TABLA 14: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	103
TABLA 15: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	104
TABLA 16: NÚMERO DE HIJOS MENORES BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	105
TABLA 17: ESTUDIOS POST - LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	106
TABLA 18: OTROS COMPROMISOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	107
TABLA 19: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOEFICACIA Y estrés LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	115

TABLA 20: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA COMPETITIVIDAD Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	117
TABLA 21: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	121
TABLA 22: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	125
TABLA 23: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	129

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	108
FIGURA 2: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	109
FIGURA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	110
FIGURA 4: NÚMERO DE HIJOS MENORES BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	111
FIGURA 5: ESTUDIOS POST - LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	112
FIGURA 6: OTROS COMPROMISOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021	113
FIGURA 7: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN COMPETITIVIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	96
FIGURA 8: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN DETERMINACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	97
FIGURA 9: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	98
FIGURA 10: CONSOLIDADO DE AUTOEFICACIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	99

FIGURA 11: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	100
FIGURA 12: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	101
FIGURA 13: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	102
FIGURA 14: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	103
FIGURA 15: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021.....	104
FIGURA 16: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021...	105
FIGURA 17: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021	106
FIGURA 18: CONSOLIDADO DE ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021...	107
FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA COMPETITIVIDAD Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	116

FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	120
FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	124
FIGURA 22: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	128

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021, se utilizó el método inductivo y el estadístico inferencial, el tipo de estudio fue correlacional de corte transversal, con una población de 137 enfermeras que trabajan en los diferentes establecimientos de toda la Microred de Salud Chilca, de donde se eligió una muestra de 95 enfermeras a quienes se les aplicó la “Escala de autoeficacia general” y la “Escala de estrés de enfermería”; entre los resultados se resalta que el 44.2 % de las enfermeras tienen baja o muy baja autoeficacia profesional, y el 28.4 % de las enfermeras tienen alto o muy alto estrés laboral; asimismo ante un incremento de la autoeficacia, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; $-0,451$).

PALABRAS CLAVES: autoeficacia, estrés laboral, enfermería, primer nivel de atención.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between self-efficacy and work stress in nursing professionals of the Microred de Salud Chilca in 2021, the inductive method and the inferential statistic were used, the type of study was cross-sectional correlational, with a population of 137 nurses who work in the different establishments of the entire Chilca Health Microred, from which a sample of 95 nurses was chosen to whom the “General Self-efficacy Scale” and the “Nursing Stress Scale” were applied; Among the results, it is highlighted that 44.2% of the nurses have low or very low professional self-efficacy, and 28.4% of the nurses have high or very high work stress; Likewise, in the face of an increase in self-efficacy, work stress decreases in nursing professionals (Pearson's correlation coefficient moderately negative; -0.451).

KEY WORDS: self-efficacy, work stress, nursing, first level of care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La autoeficacia se refiere, a la confianza de la enfermera en su capacidad para completar una tarea o alcanzar una meta; el sentido de autoeficacia induce al éxito de las tareas que realiza la enfermera; la autoeficacia se refiere al conjunto de creencias que tiene la enfermera sobre su capacidad para completar determinadas tareas consideradas difíciles; es el producto de experiencias pasadas, del éxito que pudo tener en ciertos procedimientos, está vinculada al logro profesional y a la capacidad de superar los temores. La capacidad de la enfermera para lograr un objetivo o completar una tarea depende de si cree que puede hacerlo y de si cree que obtendrá buenos resultados (1).

El estrés laboral son las respuestas físicas y emocionales perjudiciales que ocurren cuando las exigencias del trabajo en enfermería no coinciden con las capacidades, recursos o necesidades de la enfermera; puede conducir a problemas de salud. El estrés es la reacción adversa que las enfermeras tienen ante presiones excesivas u otros tipos de demanda que se les imponen en el trabajo, no es una enfermedad, es un estado; sin embargo, si el estrés se vuelve excesivo y prolongado, se pueden desarrollar enfermedades mentales y físicas. Las enfermeras con elevado nivel de autoeficacia dada su experticia adquirida, pueden manejar las situaciones críticas y de alta presión de forma efectiva y exitosa y vivencian bajos nivel de estrés (2).

La autoeficacia tiene efectos importantes sobre la cantidad de esfuerzo que las enfermeras aplican a determinados procesos; entonces, ante situaciones críticas las enfermeras con mayor autoeficacia se esfuerzan más y obtienen resultados positivos y así la situación resulta poco estresante, alguien con altos niveles de autoeficacia es resistente y persistente ante los contratiempos y genera contextos más oportunos; mientras que las enfermeras con bajos niveles de autoeficacia pueden desconectarse y evitar la realidad complicando la situación y transformándola en un escenario estresante (3).

Fida R, Spence H, Leiter M, en un estudio realizado en Canadá, demuestran que las enfermeras con un fuerte sentido de autoeficacia, ven problemas desafiantes como tareas a dominar, desarrollar un interés más profundo en las actividades en las que participan y se forman un sentido más fuerte de compromiso con sus intereses y actividades, además de recuperarse rápidamente de contratiempos y decepciones; en consecuencia ajustaran las demandas laborales a sus recursos físicos, cognitivos y emocionales y encontrará la forma de lidiar con esa situación; como se incrementa el control que la enfermera tiene sobre el cumplimiento de las demandas laborales se reduce el estrés (4).

Carvalho M, Ramalhal T, Bernardes P, en una investigación ejecutada en Lisboa, Portugal, hallan que las enfermeras con un débil sentido de autoeficacia procuran: evitar tareas desafiantes, creen que las tareas y situaciones difíciles están más allá de sus capacidades, se centran en su debilidades profesionales y los resultados negativos, además confían poco en sus habilidades personales; en consecuencia

situaciones que están dentro del ámbito del desempeño profesional promedio son vistos como circunstancias difíciles y estresantes; es posible que un bajo nivel de formación profesional y la inexperiencia laboral menoscaben el sentido de autoeficacia e incrementen el estrés en el trabajo (5).

Hae P, en una investigación realizada en Corea del Sur, encuentra que el estrés en el lugar de trabajo puede tener muchos orígenes o provenir de un solo evento. Puede afectar tanto a los empleados como a los empleadores por igual. En general, se cree que algo de estrés está bien (a veces denominado "desafío" o "estrés positivo") pero cuando el estrés ocurre en cantidades que no puede manejar, pueden ocurrir cambios tanto mentales como físicos (6).

Elainy C, en una investigación desarrollada en Sao Paulo, Brasil, halla que los mecanismos mediante los cuales la autoeficacia puede reducir el estrés de las enfermeras; la autoeficacia puede provocar emociones positivas que pueden reducir el estrés; la autoeficacia puede influir en la evaluación de un evento negativo como estresante, las personas que dudan de su capacidad para controlar un evento negativo tienden a detenerse en sus deficiencias de afrontamiento y a aumentar la gravedad del evento; estos pensamientos ineficaces deterioran su capacidad para hacer frente al estrés y aumentan su percepción del estrés; la autoeficacia de enfermería implica expectativas de aprender la base de conocimientos y realizar las diversas habilidades necesarias para convertirse en una enfermera registrada; las creencias de resultados se relacionan con la expectativa de que esta educación conduzca a la condición de miembro de la profesión de enfermería; las enfermeras

psiquiátricas con alta autoeficacia tendrán más confianza en su trabajo, por lo que es más probable que logren logros extraordinarios en su trabajo (7).

Rodríguez L, en un estudio realizado en Oaxaca, México, evidencia que la autoeficacia es una construcción dinámica que cambia con el tiempo en respuesta a nuevas experiencias, como la educación y las experiencias clínicas. Las experiencias sociales influyen en la autoeficacia y determinan si alguien tiene niveles de autoeficacia altos o bajos; las creencias de las enfermeras en sus habilidades para realizar comportamientos específicos son un predictor importante de cómo funcionan en términos de comportamiento de elección, gasto de esfuerzo, patrones de pensamiento y reacciones emocionales, las experiencias de dominio promueven un sentimiento de confianza y un eventual sentimiento de autoeficacia y tienen un efecto directo sobre la reducción del estrés en el trabajo (8).

En nuestro país Milla E, realiza una investigación en clínicas privadas de Pueblo Libre, en donde comprueba que, el fracaso en las tareas conduce a un bajo nivel de autoeficacia en las enfermeras, la autoeficacia se asociaba con características personales y que las enfermeras mayores, con experiencia y con antecedentes urbanos demuestran una mayor eficacia en el cuidado de las enfermeras; en general, las creencias de autoeficacia afectan la forma en que las enfermeras piensan, sienten, motivan y actúan, las creencias de los individuos en sus habilidades para realizar ciertos comportamientos son un predictor importante de cómo se desempeñan con respecto al comportamiento de elección, los patrones de

pensamiento y las reacciones emocionales, una mayor autoeficacia mejora la disposición a trabajar en la unidad de enfermería y reduce el estrés (9).

En nuestra región, Chipana M, desarrolla un estudio en Chanchamayo, en donde evidencia que, el estrés relacionado con el trabajo es la respuesta que las enfermeras pueden tener cuando se les presentan demandas y presiones laborales que no coinciden con sus conocimientos y habilidades y que desafían su capacidad para hacer frente; el estrés ocurre en una amplia gama de circunstancias laborales, pero a menudo empeora cuando las enfermeras sienten que tienen poco apoyo de los supervisores y colegas, así como poco control sobre los procesos de trabajo; solo las enfermeras que tienen una elevado sentido de autoeficacia superan las situaciones estresantes de forma efectiva (10).

En nuestra región, en la Micro Red de Salud Chilca hemos podido observar que las enfermeras que laboran en los establecimientos de atención primaria, tienen múltiples responsabilidades y tareas cuyo cumplimiento sobrepasa sus horas de trabajo disponible, además están bajo permanente presión por parte de sus supervisores para alcanzar determinadas metas e indicadores de gestión preestablecidas; estas circunstancias provocan estrés laboral en las enfermeras; no obstante aquellas enfermeras con un mayor sentido de autoeficacia logran afrontar de manera efectiva los diversos requerimientos laborales de su establecimiento de salud; sin embargo no existen estudios regionales que hallan comprobado de forma definitiva la asociación entre la autoeficacia y el estrés en la enfermeras.

Por todo lo mostrado anteriormente, nos propusimos realizar esta investigación con la finalidad de determinar la asociación entre la autoeficacia y el estrés laboral en enfermeras de la Microred de Salud Chilca en el 2021.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El estudio realizado se orientó en el propuesto se orientó en la premisa, que; las enfermeras que tienen mejor sentido de autoeficacia sobrellevan menor estrés laboral, esto se debe a que la enfermera al creer en sus capacidad de tener éxito en los procedimientos, se siente preparada para el desafío de las tareas difíciles, incluso está intrínsecamente motivada por ellas, es así que puede superar las dificultades laborales con éxito y evitar el estrés en el trabajo o reducirlo; comprobar la asociación de la autoeficacia y el estrés laboral bajo dicha suposición fue el objeto de la investigación realizada.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se ejecutó en las enfermeras que laboran en la Microred de Salud Chilca. Esta institución se encuentra conformada por 28 unidades de atención sanitaria de diversos niveles: I-1, I-2, I-3 y I-4. Su centro ejecutivo se halla ubicado en el “Centro de Salud Chilca”; situado en el Jr. Humboldt N° 900, del distrito de Chilca, de la provincia de Huancayo.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se efectuó en el año 2021, se acopiaron los datos en los primeros meses del año en referencia. La investigación incluyó a todas las enfermeras que laboraban en la Microred de Salud Chilca en dicho año.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la **competitividad** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?
2. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la **determinación** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

Con la ejecución de esta investigación se ha logrado comprobar la asociación, entre la autoeficacia y el estrés laboral en enfermería, y se ha sugerido la realización de programas que mejoren la autoeficacia laboral en las enfermeras. Un mayor sentido de autoeficacia en las enfermeras llevará a reducir o evitar el estrés laboral; que a su vez mejorará: el desempeño laboral, la calidad de vida del profesional y la satisfacción con el trabajo en las enfermeras de atención primaria; como consecuencia se tendría una atención de enfermería de mayor calidad a los usuarios de la Micro Red de Salud Chilca.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

Al efectuar esta investigación hemos confirmado que la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura es aplicable a la realidad; esta teoría propone que las expectativas de autoeficacia referidas al juicio sobre la capacidad que la enfermera cree tener para realizar determinadas actividades y enfrentar con éxito situaciones complejas (11), define la forma en que la enfermera afronta estas coyunturas en su trabajo diario que conduce a la reducción de las situaciones estresantes. El estudio solo aporta datos que son el sustento empírico del grado en que esta teoría explica determinadas situaciones de la práctica profesional de la enfermería.

1.4.3. METODOLÓGICA

En la investigación realizada se emplearon instrumentos cuya validez y confiabilidad fueron comprobada en su versión originaria; debido a que no se han ubicado versiones de estos instrumentos, ni en español, ni revalidaciones o adaptaciones para la realidad local; se recurrió a la traducción de los mismos y a su ajuste al contexto local. Fue parte de este estudio comprobar la validez y confiabilidad de estos instrumentos; en consecuencia, finalizada la investigación se tiene como producto dos instrumentos válidos y confiables que podrán ser empleados en futuros trabajos de investigación o en estudio de tamizaje poblacional.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la **competitividad** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021
2. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la **determinación** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021
3. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta** y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Mahdizadeh J, Daihimfar F, Kahouei M, desarrollan una investigación titulada “La relación del estrés laboral con la autoeficacia entre enfermeras que trabajan en hospitales de la Universidad de Ciencias Médicas” en Semnan, Irán, con el objetivo de determinar la asociación entre la autoeficacia y el estrés laboral entre las enfermeras; con esta finalidad efectuaron una investigación descriptiva correlacional de corte transversal, se utilizó una muestra de 532 enfermeras a las que se les aplicó el “Cuestionario de estrés laboral de Osipow” y el “Cuestionario de autoeficacia de Scherer”; entre los resultados más importantes se denota una mediana asociación negativa (factor de correspondencia de Pearson = - 0.57) entre las variables, esto permite enunciar que: cuando mejora la autoeficacia, se reduce el estrés laboral; asimismo se destaca que, en el 76 % de las enfermeras con elevada autoeficacia, presentan bajos o nulos niveles de estrés; también subrayan que las enfermeras con alta autoeficacia eligen objetivos más desafiantes o moderadamente difíciles, se sienten más relajadas, creen más en sí mismas y muestran esfuerzos más insistentes; estas características hacen que presenten niveles de estrés más bajos, ya que pueden afrontar eficientemente cualquier momento crítico (12).

Zaki R, realiza un estudio titulado “Estrés laboral y autoeficacia en enfermería psiquiátrica que trabaja en hospitales de salud mental en El Cairo, Egipto”; este estudio tuvo como objetivo evaluar el estrés laboral y la autoeficacia entre la enfermería psiquiátrica que trabaja en hospitales de salud mental en El Cairo, Egipto, la investigación fue descriptiva correlacional multivariada de corte transversal y empleó como muestra a 107 enfermera de los hospitales de salud mental “El Abassia” y el instituto de psiquiatría “Ain Shams” a las que se les administró el “Psychiatric Nurses Job Stress Scale (PNJSS)” y el “General Self-Efficacy Scale (GSE)”; entre los resultados se destaca que existe asociación inversa significativa entre la autoeficacia y el estrés (r de Spearman = - 0.47); asimismo evidencia que la autoeficacia es un factor clave en enfermería que puede llevarlas a sentirse seguras de desempeñarse bien en situaciones complejas; a medida que las enfermeras se enfrentan a situaciones difíciles y las dominan, su confianza y autoeficacia aumentan; considerando que la enfermería es, por su propia naturaleza, una ocupación sujeta a un alto grado de estrés; todos los días, la enfermera se enfrenta al sufrimiento, el dolor y la muerte, como pocas personas lo hacen, muchas tareas de enfermería son poco gratificantes, incluso desagradables y algunos son atemorizantes; es necesario que la enfermera posea un elevado grado de autoeficacia para sobrellevar estas circunstancias (13).

Hani R, Elsayed A, elaboran el estudio titulado “Estrés y autoeficacia entre enfermeras en unidades de cuidados intensivos neonatales”, en Said, Egipto, con el objetivo de determinar la relación entre el estrés y la autoeficacia entre el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos neonatales, realizaron un

estudio descriptivo correlacional, se empleó una muestra de 133 enfermeras que trabajaban en hospitales en Port Said a las que se les administro escalas de autoeficacia y escalas de estrés laboral; entre los resultados se resalta que hubo correlación estadísticamente significativa inversa entre la autoeficacia del personal de enfermería y su estrés hacia el entorno; asimismo se evidencio que las fuentes de estrés comúnmente identificadas en enfermería, son: sobrecarga de trabajo, pacientes conflictivos, malas relaciones interpersonales con colegas, bajo conocimiento de enfermería y fallas en las habilidades de enfermería, restricciones burocráticas y políticas. Las enfermeras con mejor sentido de autoeficacia están en mejores condiciones de superar estas situaciones; en general, la autoeficacia de una enfermera se correlaciona con la autonomía profesional y el empoderamiento, las enfermeras con altos niveles de autoeficacia consideran las barreras como oportunidades en lugar de amenazas. Las enfermeras con la adecuada creencia en su autoeficacia, apuntan a superar situaciones difíciles en lugar de evitarlas, son más capaces de hacer frente a situaciones complicadas y es más probable que realicen una tarea hasta que sobresalgan en ella (14).

Rahman A, Kamariah N, realizan el estudio titulado “El efecto del estrés del rol, la satisfacción laboral, la autoeficacia y la adaptabilidad de las enfermeras sobre la calidad del servicio en los hospitales públicos de Wajo” en Indonesia, con el objetivo de determinar el efecto del conflicto de roles y la ambigüedad del rol en la satisfacción laboral, la autoeficacia y la adaptabilidad y mejora de las enfermeras en la calidad del servicio mediante el análisis del despliegue de la función de calidad, se utilizó un diseño descriptivo transversal, correlacional múltiple; se

recurrió a una muestra de 115 profesionales de enfermería a las que se les aplicó el “Nursing work stress questionnaire” y “The nursing professional self-efficacy questionnaire”; entre los resultados se destaca que la autoeficacia profesional es un predictor significativo del estrés laboral, hallando también que un bajo sentido de autoeficacia incrementa 3.45 veces la probabilidad de estrés laboral en los profesionales de enfermería (OR = 3.45), asimismo hallan que la autoeficacia marca la diferencia en los pensamientos, sentimientos y acciones de las enfermeras; los profesionales de enfermería con altos niveles de autoeficacia realizar tareas más desafiantes, comienzan y continúan las actividades, logran un resultado positivo, y establecer metas más altas para ellos mismos, eventualmente aumentando su compromiso con estas metas. La autoeficacia, crea motivación y mejora el rendimiento; además, los altos niveles de autoeficacia aumentan el sentido de sí mismas para controlar, actuar y ayudar a realizar tareas en un nivel superior. La autoeficacia tiene un impacto en el rendimiento al mediar la conexión entre exposiciones y acciones previas, las enfermeras que carecen de autoeficacia tienen más probabilidades de tener estrés (15).

Moon H, Jung M, y Noh W, realizan un estudio titulado “Estudio de convergencia de la relación entre el estrés laboral y la autoeficacia de las enfermeras” en Chungcheong, Corea del Sur, con el objetivo de identificar la relación entre el estrés laboral y la autoeficacia en función de la revisión de investigaciones relacionadas y el análisis de la red de texto; se utilizó el diseño de Meta análisis y se seleccionaron 18 artículos como literatura objetivo; entre los resultados se destaca que las enfermeras están expuestas a situaciones de alto estrés, desempeñando una variedad

de roles, tales como adquirir nuevos conocimientos, habilidades, turnos, exceso de trabajo debido a la falta de mano de obra y satisfacer las necesidades de diferentes pacientes, los niveles adecuados de estrés mantienen la tensión física y psicológica y aumentan el rendimiento laboral, pero el estrés excesivo conduce a enfermedades físicas y mentales graves. Si el estrés laboral de las enfermeras no se aborda adecuadamente acarrea depresión y agotamiento; la autoeficacia reducen el estrés laboral al hacer frente de manera efectiva las situaciones insatisfactorias que ocurren durante el trabajo de enfermería (16).

Daugherty K, desarrolla una investigación titulada “Autoeficacia en enfermeras líderes emergentes: los efectos de una comunidad virtual en las enfermeras formadoras en un nuevo rol de práctica” en Washington, EEUU; con el objetivo de evaluar los efectos de una Comunidad de Práctica (CoP) virtual sobre la autoeficacia de los educadores de enfermería clínica que trabajan en roles de liderazgo de reciente desarrollo en una gran organización de enfermería especializada a largo plazo que opera en múltiples lugares de los Estados Unidos. Se empleó un método de prueba previa y posterior de un grupo. Se utilizó una muestra por conveniencia para inscribir a participantes con roles recién creados en educación clínica. El Leader Efficacy Questionnaire (LEQ) se utilizó para evaluar la autoeficacia antes y después de la intervención. El LEQ constaba de tres subescalas (autoeficacia de acción; autoeficacia de medios; y autoeficacia de autorregulación). Entre los resultados se destaca que existe un cambio estadísticamente significativo en la autoeficacia general ($p = 0,032$) con puntuaciones medias y medias más altas en el grupo post intervención. El mismo

patrón se repitió en todas las subescalas con cambios estadísticamente significativos en las escalas de acción, medios y autorregulación. Entre las variables independientes y los resultados posteriores a la prueba, las correlaciones de rango y orden de Spearman no sugirieron correlaciones entre las variables independientes y dependientes. La participación en una comunidad de práctica virtual es una intervención exitosa para aumentar la autoeficacia general de los educadores de enfermería clínica que están ejerciendo un nuevo rol y están geográficamente dispersos (17).

Ardakani M, Sharifabad M, Bahrami M, Abargouei A, ejecutan un estudio titulado “El efecto de la formación en habilidades comunicativas sobre la autoeficacia de las enfermeras: una revisión sistemática y un estudio de metaanálisis” en Yazd, Irán; con el objetivo de establecer la efectividad de la formación en habilidades comunicativas sobre la autoeficacia de las enfermeras. El estudio fue un metanálisis y se realizaron búsquedas en PubMed, Science Direct, CINAHL y Web of science hasta 2017 para obtener estudios relevantes. Se incluyeron en el estudio estudios que evaluaron el efecto del entrenamiento en habilidades comunicativas sobre la autoeficacia del personal de enfermería; entre los resultados se destaca que la capacitación en habilidades de comunicación mejora la autoeficacia de las enfermeras. La educación también se vio afectada por el aumento de la autoeficacia basado en el modelo de efectos aleatorios. Su efecto se mantuvo significativo en los ensayos de un solo grupo. La efectividad del entrenamiento en habilidades de comunicación fue mayor en los estudios con el grupo de intervención en comparación con los grupos de control. La calidad de los

estudios se investigó con base en Cochran. La mayoría de los estudios fueron cualitativamente bajos (18).

Wilson M, desarrollan una investigación titulada “Relación entre la autoeficacia y la experiencia laboral en enfermería de nivel junior y senior de bachillerato”, en Ohio, EEUU, con el objetivo de examinar la relación entre el empleo en los establecimientos de salud y la autoeficacia de las habilidades clínicas en enfermeras. El estudio fue correlacional no experimental mediante muestreo por conveniencia de enfermeras. La autoeficacia clínica se midió con la Escala de autoeficacia de habilidades clínicas. Entre los resultados se destaca que las enfermeras seniors reportaron mayor confianza que los juniors. El empleo en un entorno de atención médica aumentó el nivel de confianza para la práctica profesional. La cantidad de tiempo empleado y el número de horas trabajadas por semana aumentaron el nivel de confianza para el desempeño profesional. Los niveles más altos de autoeficacia aumentan la competencia a medida que las personas crean metas más altas y son más capaces de realizar tareas. Por lo tanto, la experiencia laboral aumenta la autoeficacia a medida que haya comodidad en el desempeño de habilidades clínicas (19).

ANTECEDENTES NACIONALES

Huaman M, realiza una investigación titulada “Autoeficacia relacionado al estrés laboral en el personal de enfermería que labora en el “servicio de emergencia del hospital regional de Ica,” con el objetivo de determinar el nivel de autoeficacia relacionado al estrés laboral en el personal de enfermería que labora en el “Servicio

de Emergencia del Hospital Regional de Ica; se utilizó un diseño descriptivo, de tipo observacional y de corte transversal, se empleó una muestra de 36 enfermeras a las que se les administró la “Escala de Autoeficacia General de Scharwer” y “La escala de estrés laboral”, entre los resultados se destaca que existe asociación significativa entre la autoeficacia y el estrés laboral, asimismo la elevada sobrecarga laboral es la principal fuente de estrés, y que la autoeficacia es reducida entre las enfermeras siendo más crítica en las enfermeras con menor experiencia (20).

Cabana I, Delgado J, ejecutan el estudio titulado “Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara EsSalud, 2016”, en Arequipa, se empleó un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo; de diseño correlacional y de corte transversal, se empleó una muestra de 44 enfermeras a las que se les administró el “Caring Efficacy Scale (CES)” y “The Nursing Stress Scale" (NSS)”; entre los resultados se destaca que el 47.7% declaró laborar bajo elevados estresores y el 79.5% percibe tener una buena autoeficacia para el cuidado humanizado, existe asociación significativa inversa entre los estresores laborales y la percepción de la autoeficacia del cuidado humanizado en las enfermeras (21).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA

La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para lograr algo con éxito, las enfermeras generalmente solo intentarán cosas que creen que pueden lograr y no intentarán cosas que creen que fallarán, las enfermeras con un fuerte sentido de eficacia creen que pueden lograr incluso tareas difíciles. Las ven como desafíos que deben superarse, en lugar de amenazas que deben evitarse. Las enfermeras eficaces establecen metas desafiantes y mantienen un fuerte compromiso con ellas. Ante el fracaso inminente, aumentan y mantienen sus esfuerzos para tener éxito. Abordan situaciones difíciles o amenazantes con la confianza de que tienen control sobre ellas. Tener este tipo de perspectiva reduce el estrés y disminuye el riesgo de depresión. Por el contrario, las enfermeras que dudan de su capacidad para realizar tareas difíciles las ven como amenazas. Las evitan basándose en sus propias debilidades personales o en los obstáculos que les impiden tener éxito. Se rinden rápidamente ante las dificultades o fracaso, y no hace falta mucho para que pierdan la fe en sus capacidades. Una perspectiva como esta aumenta el estrés y el riesgo de depresión (22).

La percepción de la eficacia está influida por cuatro factores: experiencia de dominio, experiencia vicaria, persuasión verbal y estado somático y emocional. Todos tenemos experiencias de dominio. Estas ocurren cuando intentamos hacer algo y tenemos éxito; es decir, hemos dominado algo. Las experiencias de dominio

son la forma más eficaz de impulsar la autoeficacia porque es más probable que las enfermeras creen que pueden hacer algo nuevo si es similar a algo que ya han hecho bien. Brindar oportunidades para que las enfermeras adquieran dominio es la razón por la que se ofrecen talleres, programas de capacitación, pasantías y experiencias clínicas. Estas son formas en las que las enfermeras pueden llegar a ser competentes en nuevas habilidades y aumentar su auto eficiencia. Otro factor que influye en la percepción de la autoeficacia es la experiencia indirecta o la observación de los éxitos y fracasos de otros (modelos) que son similares a uno mismo. Ver a alguien como usted lograr con éxito algo que le gustaría intentar aumenta la autoeficacia. Por el contrario, observar a alguien como usted fracasa menoscaba o amenaza la autoeficacia. El grado en que las experiencias indirectas afectan la autoeficacia está relacionado con lo parecido a usted que cree que es el modelo con la persona observada, mayor es la influencia en la creencia de que uno mismo también puede lograr el comportamiento que se está observando (23).

Cuando se persuade verbalmente a las enfermeras de que pueden lograr o dominar una tarea, es más probable que la hagan. Hacer que otros apoyen verbalmente el logro o el dominio de una tarea contribuye en gran medida a respaldar la creencia de una persona en sí misma. Cuando a las enfermeras se les dice que no tienen la habilidad para hacer algo, tienden a darse por vencidas rápidamente. Los estados físicos y emocionales que ocurren cuando alguien contempla hacer algo proporcionan pistas sobre la probabilidad de éxito o fracaso. Estrés, ansiedad, preocupación y miedo, todos afectan negativamente a la autoeficacia y pueden conducir a una profecía auto cumplida de fracaso o incapacidad para realizar las

tareas. Las situaciones estresantes crean excitación emocional, que a su vez afecta la autoeficacia percibida de una enfermera para hacer frente a la situación. El profesional de la salud en esta situación puede minimizar los efectos negativos al manejar técnicas de relajación y diálogo interno positivo en un esfuerzo por reducir la ansiedad y apoyar la auto eficiencia. Si el estado emocional mejora, es decir, se reduce la excitación emocional o el estrés, se puede esperar un cambio en la autoeficacia. Si bien tendemos a pensar en ejemplos negativos de cómo el estado emocional afecta la autoeficacia y el comportamiento de salud, a veces el estado emocional es positivo (24).

2.2.1.1. COMPETITIVIDAD

La capacidad de emitir juicios intuitivamente caracteriza a la enfermera experta. Se argumenta que el experto ya no depende del razonamiento deductivo paso a paso para conectar el conocimiento y la habilidad aprendidos a una situación y tomar las decisiones apropiadas; un experto recurre al conocimiento tácito encarnado y somático en sus procesos de toma de decisiones. La enfermería, se sostiene comúnmente que el conocimiento tácito o intuitivo que caracteriza la experiencia es opaco, indefinible e intuitivo y no es fácil de capturar o describir, un experto es visto como alguien que "sabe más de lo que dice" y que, a través del conocimiento tácito, sigue la intuición (25).

La intuición ha sido concebida como el proceso de emplear el contexto y la experiencia como el vehículo a través del cual ocurre el razonamiento y la toma de decisiones. Este conocimiento y razonamiento tácito encarnado es difícil de

descubrir en el lenguaje ya que está conectado a respuestas somáticas, en lugar de procesos de pensamiento puramente cognitivos. Un sello distintivo de la experiencia es la facilidad y rapidez del razonamiento y la interacción performativa entre estas estructuras de conocimiento y las redes de comprensión (26).

Las creencias de eficacia pueden influir en cuán duro y cuánto tiempo perseverará un individuo en una tarea en particular, cuán resistentes serán las personas cuando se enfrenten a obstáculos y la cantidad de estrés o ansiedad que experimentarán en una situación dada. Existe evidencia de que las creencias de autoeficacia pueden influir en la medida en que un programa de capacitación docente en servicio es efectivo en términos de adquisición de conocimiento y habilidades. Por ejemplo, los aumentos en la autoeficacia se han relacionado con un mejor desempeño posterior al entrenamiento tanto para las tareas cognitivas como para las habilidades interpersonales, ambos factores críticos en la efectividad de la enfermera (27).

Las enfermeras que se sienten de manera diferente sobre sí mismas y eligen diferentes cursos de acción, dependiendo de cómo se interpretan a sí mismas: qué atributos piensan, poseen, qué roles presumen que se espera que desempeñen, qué creen que son capaces de hacer y cómo juzgan que son vistos por otros sin duda, estas son creencias y percepciones sobre sí mismas que están fuertemente arraigadas en los logros pasados. Es práctico llamar la atención sobre la autoeficacia en respuesta al aprendizaje y la motivación. Las enfermeras difieren en su percepción de sí mismas y difieren en el compromiso mental, social y emocional en el entorno laboral. A medida que las enfermeras se desarrollan en la institución de

salud, adquieren experiencia que da forma a la vida de las enfermeras y les guía en la forma de perseguir sus sueños vinculados a la profesión. Tienen el control total de los resultados importantes de la vida derivados de la institución de salud, lo que da sentido a la autoeficacia en el ámbito laboral o relacionado con su rendimiento (28).

Si creen que lo van a cumplir, tienen que esforzarse más para alcanzar las metas. Las enfermeras se esfuerzan por regularse en todos los esfuerzos que afectan su existencia. Pueden comprender fácilmente sus potenciales y predecir las expectativas no deseadas, aunque aplican su influencia en el alcance de que no tienen una regulación completa. Intentar regular las situaciones laborales. El efecto de la autoeficacia sobre las características y el valor inherentes de la vida radica en las metas que se establecieron. Ha surgido la autoeficacia, en relación con el aprendizaje social, que representa las opiniones personales de la enfermera sobre su capacidad para cumplir con ciertos deberes, ser un predictor confiable de la motivación que influyen en el establecimiento de metas profesionales. Estas creencias son aparentemente importantes en la calidad de vida, no solo para cambiarse a sí mismas, sino también para transformar la sociedad en la que las enfermeras tienen influencia (29).

La autoeficacia, como los juicios de las enfermeras sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción necesarios para lograr determinados tipos de actuaciones tiene efecto para superar las situaciones estresantes. La autoeficacia como la creencia de una enfermera sobre su capacidad para ejercitar el desempeño

para completar tareas con el fin de alcanzar las metas genera el ímpetu necesario para afrontar las adversidades. Esto significa que la enfermera con un fuerte sentido de eficacia afirma más sobre su capacidad para cumplir una tarea. Esto llevó a comprender que la confianza de la enfermera es un componente esencial para lograr algo. Esta autoeficacia le dice a alguien cuándo intentar y cuándo detenerse. Si una enfermera no cree que tales cosas sean posibles, disminuirá la posibilidad de intentarlo y será más probable que se rinda antes de tiempo. Una fuerte autoeficacia mejora de muchas maneras los logros personales y el bienestar (30).

Las enfermeras con mucha seguridad en sus habilidades ven las actividades difíciles como un desafío que aprender más que como un riesgo que eludir. Esta perspectiva positiva mira el interés y la inclinación profunda por el desempeño de una actividad. En caso de fracaso, pueden recuperarse rápidamente ya que su sentido de autoeficacia es fuerte. Sin embargo, la autoeficacia percibida también afecta la forma en que se logran con éxito los objetivos mediante el ejercicio de poder y tenacidad sobre los que una enfermera se muestra frente a las dificultades. Esto muestra que cuanto mayor es la autoeficacia percibida, mejor forma de actuar, lo que se vincula con más tenacidad, un atributo que permite a la enfermera tener una experiencia útil que fortalece la propia autoeficacia. La enfermera con autoeficacia funcionará con éxito en cualquier entorno para lograr sus objetivos, la autoeficacia sirve como un vínculo de conexión entre los objetivos, el rendimiento y la motivación de la enfermera. La autoeficacia impulsa la motivación en función de la tarea (31).

2.2.1.2. DETERMINACIÓN

Cada enfermera tiene recursos que pueden movilizarse hacia el éxito en muchas áreas de la vida y se caracteriza por "esfuerzos para etiquetar lo que es correcto" dentro de enfermeras y organizaciones. La moral de las fortalezas explora formas de empoderar a las enfermeras para que prosperen en lugar de simplemente sobrevivir y presupone que capitalizar las mejores cualidades que probablemente conducirá a un mayor éxito de lo que sería posible haciendo una inversión comparable de esfuerzo para superar la capacidad personal, debilidades o deficiencias. El desempeño basado en las fortalezas comienza cuando las enfermeras descubren lo que hacen mejor y desarrollan y aplican sus fortalezas. El proceso de desempeño basado en las fortalezas involucra a las enfermeras que descubren intencional y sistemáticamente sus propios talentos y desarrollan y aplican sus fortalezas mientras trabajan para mantenerse al día en sus campos, para mejorar sus métodos de cuidado (32).

Las enfermeras con alta autoestima hacen atribuciones egocéntricas a los resultados del desempeño. También aumentan las posibilidades cuando realizan tareas relacionadas con el logro, ayuda a informar a las enfermeras sobre las cosas que deben hacer para obtener un resultado deseable. Al conocer los diversos efectos de la acción de uno, las enfermeras reconocen la reacción adecuada a cualquier entorno y actúan en consecuencia. La fuente más importante de autoeficacia se basa en experiencias pasadas. La experiencia puede aumentar el dominio de las expectativas. La experiencia del dominio influye en la perspectiva de uno sobre sus habilidades. Las experiencias exitosas conducen a mayores sentimientos de

autoeficacia. El éxito repetido de la conducta puede establecer una fuerte autoeficacia. Sin embargo, no hacer frente a una tarea o desafío también puede socavar y debilitar la autoeficacia. El fracaso en la autoeficacia radica en parte en el momento y la repetición completa de la experiencia (33).

Las enfermeras no dependen de la experiencia pasada como única fuente de autoeficacia, ya que la mayoría de las expectativas son el resultado de experiencias indirectas. Observar que realizan actividades amenazantes sin consecuencias adversas puede generar expectativas y mejorará con el esfuerzo y la persistencia. Estos influyen en ellas de que, si otros pueden hacerlo, ellas también alcanzarán el mismo desempeño. Observar que otra enfermera tiene éxito probablemente aumentará las creencias de la enfermera de que puede dominar la misma actividad. La persuasión verbal, se puede resumir cuando se hace creer a las enfermeras que una actividad o comportamiento puede lograrse con éxito mediante el uso de la sugestión. Pero esta persuasión verbal no está atascada en experiencias personales, es un inductor débil de la autoeficacia y puede extinguirse si se ignoran los fracasos pasados (34).

La emoción producida después de una situación estresante puede afectar cómo una enfermera puede sentirse acerca de sus habilidades personales, como si alguien está nervioso puede desarrollar una autoeficacia más débil, mientras que, por el contrario, si alguien tiene confianza, conducirá a una sensación de emoción sin ansiedad y eventualmente fomentará el buen sentido de la autoeficacia. Es la forma en que las enfermeras comprenden y evalúan la excitación emocional lo que es

importante para desarrollar las propias creencias de autoeficacia. Con esto, controlar las propias emociones tiene un impacto positivo en las creencias de autoeficacia. La idea de motivación es importante para mejorar las creencias de autoeficacia (30).

Esto conlleva un aprendizaje positivo donde se produce un cambio de comportamiento. Las fuentes de autoeficacia denotan imitación o modelado y las experiencias indirectas que sobre una enfermera a través del aprendizaje observacional se comportan en un entorno social. Los aprendizajes individuales ocurren en interacciones sociales. Las enfermeras adquirieron conocimientos mediante observaciones. Se comportan de manera apropiada como resultado de la interacción entre las creencias personales y el entorno. No obstante, la enfermera está intentando lograr algo a través de la motivación y el aprendizaje, por ejemplo, también se puede adquirir positivamente mediante la motivación. Esto regula el propio yo para esforzarse mucho por alcanzar o comportarse en consecuencia (22).

Los procesos mentales y conductuales mediante los cuales las enfermeras promulgan sus autoconcepciones, revisan su comportamiento o alteran el entorno para producir resultados. en él de acuerdo con sus autopercepciones y metas personales. Para comprender deliberadamente esta motivación y aprendizaje a través de la afectación de las creencias de autoeficacia, cada enfermera difiere en el control de la situación. Las enfermeras con un locus de control interno creen que los resultados futuros dependen principalmente de acciones personales, mientras que las enfermeras con un locus de control externo atribuyen acciones a factores

fuera de su control, como el destino o el azar. En otras palabras, locus interno indica que la enfermera se siente en control de los eventos locus externo indica que se percibe que otros tienen ese control. Dado que el locus de control se refiere a la forma en que la enfermera cree firmemente que tiene un control sobre las situaciones y experiencias que afectan sus vidas. por lo tanto, es el elemento influyente de una decisión sobre cómo se comportará para cumplir con tal expectativa (31).

Las creencias de autoeficacia han mostrado impacto en la motivación laboral de las enfermeras en cuanto a actividades, metas, perseverancia y esfuerzos. Las creencias de autoeficacia brindan un sentido de agencia para que las enfermeras, motiven su desempeño mediante el uso del proceso de autorregulación para una actividad que afecta las metas. La autoeficacia afecta la motivación y el desempeño, influye en las tareas que las enfermeras eligen aprender y las metas que se proponen. La autoeficacia también afecta el nivel de esfuerzo y persistencia de las enfermeras cuando aprenden tareas difíciles. En otras palabras, la autoeficacia influye en una enfermera en cuyo contexto el comportamiento refleja el desempeño de sus habilidades aprendidas previamente (34).

Un aspecto importante de la autoeficacia es su especificidad de dominio; es decir, las enfermeras juzgan su capacidad en función del dominio particular de funcionamiento. La eficacia personal, entonces, no es una disposición general desprovista de contexto, sino más bien un auto juicio que es específico del dominio de actividad. Como tal, una alta autoeficacia en un dominio no significa

necesariamente una alta eficacia en otro. Por lo tanto, para lograr el poder predictivo, las medidas de autoeficacia percibida deben "adaptarse a los dominios de funcionamiento y deben representar gradaciones de demandas de tareas dentro de esos dominios". Es incorrecto creer que la autoeficacia se ocupa únicamente de comportamientos específicos en situaciones específicas, la particularidad del dominio no significa necesariamente una especificidad conductual. La influencia positiva que la autoeficacia parece tener sobre la cantidad de esfuerzo, hay evidencia de que las enfermeras con alta eficacia laboral difieren en términos de la calidad de su esfuerzo, utilizando estrategias de procesamiento cognitivo y metacognitivo más profundas que sus contrapartes con eficacia laboral más débil. El simple hecho de poseer habilidades no asegura que las enfermeras estén motivadas para aplicarlas (23).

2.2.1.3. CAPACIDAD DE RESPUESTA

Las acciones no solo se rigen por las expectativas de resultados sino también por las expectativas de eficacia. Las enfermeras pueden creer que un curso de acción producirá ciertos resultados (expectativas de resultados), pero si tienen serias dudas sobre si pueden realizar las actividades necesarias, dicha información no motivará la acción. En este sistema conceptual, las expectativas de dominio personal (expectativas de eficacia) afectan tanto la iniciación como la persistencia de la conducta. "Es probable que la fuerza de las convicciones de las enfermeras sobre su propia eficacia afecte si incluso intentarán hacer frente a situaciones determinadas". Las creencias de eficacia son la base de la agencia humana. A menos que las enfermeras creen que pueden producir los resultados deseados y prevenir

los perjudiciales con sus acciones, tienen pocos incentivos para actuar o perseverar frente a las dificultades. Cualesquiera que sean los otros factores que puedan operar como guías y motivadores, están arraigados en la creencia central de que tienen el poder de producir efectos con sus acciones (24).

El nivel de motivación, los estados afectivos y las acciones de las enfermeras se basan más en lo que creen que en lo que es objetivamente cierto. "Las percepciones y creencias sobre la eficacia" determinan qué hacen las enfermeras con los conocimientos y las habilidades que tienen"; y ayuda a explicar por qué el desempeño y el éxito de las enfermeras a veces se disocian de sus capacidades reales y por qué su comportamiento puede diferir mucho incluso cuando tienen conocimientos y habilidades similares". Una cuestión importante en cualquier teoría de la regulación cognitiva de la motivación, el afecto y la acción se refiere a la cuestión de la causalidad. Se utilizaron una variedad de estrategias experimentales para verificar que las creencias de eficacia personal funcionan como determinantes de las acciones y no como reflejos secundarios de las mismas (29).

Las discrepancias entre las expectativas de eficacia y el desempeño son más propensas a surgir en condiciones en las que los factores situacionales y de tareas son ambiguos. La teorización y la experimentación sobre la indefensión aprendida bien podrían considerar la distinción conceptual entre eficacia y expectativas de resultados. Las enfermeras pueden dejar de intentarlo porque carecen de un sentido de eficacia para lograr un comportamiento requerido, o pueden estar seguros de sus

capacidades, pero se rinden porque esperan que su comportamiento no tenga ningún efecto en un entorno que no responde (32).

Las enfermeras que se consideran a ellas mismas como altamente eficaces actúan, piensan y sienten de manera diferente a los que se perciben a sí mismos como ineficaces. Producen su propio futuro, en lugar de simplemente predecirlo. Las creencias de autoeficacia (o autoeficacia percibida) abarca nociones extendidas de aprendizaje social y simbólico, aspectos cognitivos de la motivación, autorregulación, adaptaciones contextuales más específicas. Una enfermera puede tener baja autoeficacia en un aspecto de su vida, pero alta autoeficacia en otros. La autoeficacia es una autoevaluación de la competencia para realizar una tarea específica dentro de un determinado contexto, o un juicio de la capacidad para realizar una actividad deseada. Es inevitable que las enfermeras aporten a una situación o desempeño poderosas nociones preexistentes de sus capacidades, pero ninguna cantidad de confianza o autoestima puede producir éxito cuando faltan las habilidades y el conocimiento necesarios. Las creencias de autoeficacia pueden ser determinantes críticos de qué tan bien se adquieren conocimientos y habilidades en primer lugar. "Las creencias de autoeficacia forman un potente filtro afectivo, evaluativo y episódico, a través del cual se interpretan nuevos fenómenos" (25).

Cuando las enfermeras están familiarizadas con las demandas de la tarea, pueden recurrir a las creencias de autoeficacia específicas de la tarea que se corresponden estrechamente con el desempeño requerido. Cuando las demandas de la tarea no son familiares, las enfermeras deben generalizar a partir de logros previos que se

perciben como similares a la tarea requerida y medir su competencia percibida con creencias en sí mismas que juzgan que corresponden más estrechamente a los nuevos requisitos. Para dar cuenta de esto, se ha establecido una distinción entre la autoeficacia para el desempeño y la autoeficacia para el aprendizaje (27).

Las creencias de eficacia difieren en generalidad, fuerza y nivel. Las enfermeras pueden juzgarse eficaces en una amplia gama de dominios de actividad o solo en ciertos dominios de funcionamiento. La generalidad puede variar según los tipos de actividades, las modalidades en las que se expresan las capacidades (por ejemplo, conductuales, cognitivas, afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de enfermeras hacia los que se dirige la conducta. El auto concepto es la fuente menos sujeta a la persuasión a corto plazo en forma de aprendizaje. Eso influye en la autoeficacia, pero es distinta de ella. El auto concepto es una noción global más expansiva de la propia esencia personal, que incluye pensamientos, sentimientos y valores, el auto concepto es más introspectivo y descriptivo que la autoeficacia, que tiende a ser más analítico y específico del contexto (31)

Las experiencias de dominio se identifican con mayor frecuencia como el principal vehículo de cambio. “A través del dominio guiado, cultivamos competencias, habilidades de afrontamiento y creencias personales que permitieron a las enfermeras ejercer control sobre sus amenazas percibidas”. El dominio se describe además como la experiencia en la superación de obstáculos y la enseñanza de que el éxito generalmente requiere un esfuerzo sostenido. Los éxitos crean una sólida creencia en la eficacia de uno. Los fracasos lo socavan. Si las enfermeras

solo tienen éxitos fáciles, el fracaso los desanima fácilmente. El desarrollo de un sentido de eficacia resistente requiere experiencia en la superación de obstáculos mediante un esfuerzo perseverante. La resiliencia también se cultiva aprendiendo a manejar el fracaso, por lo que es informativo en lugar de desmoralizador (25).

El dominio (desempeño exitoso) puede conducir a un alto nivel de autoeficacia percibida, mientras que las experiencias de fracaso disminuyen la autoeficacia e impiden el comportamiento de uno. Esto tiene implicaciones obvias para la educación y la formación, en términos de la necesidad de que las enfermeras desarrollen habilidades duras (es decir, habilidades prácticas que tengan utilidad en el trabajo o en la vida, que ganen dinero o un ascenso, o que sean admiradas por sus compañeros) y tengan oportunidades para demostrar y experimentarlos como "maestría" para desarrollar su propio sentido de autoeficacia. A medida que aumenta el dominio o la competencia, esta experiencia se procesa cognitivamente: "Cuando una persona juzga que es capaz de realizar un comportamiento de manera competente, el comportamiento se reproduce con una confianza creciente" (31).

El mismo hecho de que el dominio se identifique como la forma más efectiva de crear un fuerte sentido de eficacia diferencia la autoeficacia de la autoestima o la confianza en uno mismo, y apunta a la relevancia del desempeño de calidad que facilita experiencias de dominio y competencia. Una sensación de control sobre los resultados importantes de la vida es un motivador clave del comportamiento además de la autoeficacia. De hecho, es desmoralizador para las enfermeras creer que tienen las capacidades para tener éxito, pero que las barreras ambientales como la

discriminación les impiden hacerlo. Los problemas de control probablemente tengan importancia en muchos contextos laborales, especialmente aquellos que operan dentro de jerarquías bien definidas. Las enfermeras no calificadas y semicalificadas a menudo funcionan en situaciones en las que experimentan poco control, es decir, donde el "lugar de control" reside en un superior en la jerarquía (33).

Ver a enfermeras similares a uno tener éxito mediante un esfuerzo sostenido aumenta la creencia de los observadores de que ellos también poseen la capacidad para dominar actividades comparables para tener éxito. Los modelos competentes también aumentan la eficacia al transmitir conocimientos y habilidades para gestionar las demandas ambientales. El aprendizaje social o para social se puede utilizar para contextualizar el dominio o el aprendizaje. La persuasión social o verbal también fortalece las creencias de las enfermeras de que tienen lo necesario para tener éxito. Las dudas inhibitorias de las enfermeras y su enfoque en las deficiencias personales pueden abordarse mediante la persuasión verbal. Esto es más complejo que un simple refuerzo positivo; más bien, es una forma de nutrir el terreno fértil necesario para que comience el cambio positivo. En la medida en que los impulsos persuasivos en la autoeficacia percibida llevan a las enfermeras a esforzarse lo suficiente para tener éxito, promueven el desarrollo de habilidades y un sentido de eficacia personal; sin embargo, también es posible lo contrario (30)

Se requiere un refuerzo positivo de las nuevas habilidades y el aprendizaje, así como la confianza para ponerlos en práctica. Si las enfermeras están convencidas

de que tienen lo que se necesita para tener éxito, se esfuerzan más que si albergan dudas sobre sí mismas y se concentran en las deficiencias personales cuando surgen los problemas. Pero los persuasores sociales eficaces hacen más que transmitir fe en las capacidades de las enfermeras. Las enfermeras se ven inevitablemente muy afectadas por las emociones y los sentimientos, las enfermeras también dependerán de sus estados somáticos y emocionales para juzgar sus capacidades. Las reacciones como el estrés, la fatiga, el dolor, la tensión, el desaliento y el estado de ánimo influirán. El estado de ánimo positivo mejora la autoeficacia percibida, el estado de ánimo abatido la disminuye (24).

Reducir las reacciones de estrés de las enfermeras y las malas interpretaciones de sus estados físicos favorece la autoeficacia, es probable que las enfermeras con un alto sentido de eficacia vean su excitación afectiva como "un facilitador energizante del desempeño", mientras que las enfermeras que son menos auto eficaces probablemente lo vean como un "debilitador". Sin embargo, es más probable que las formas en que las enfermeras manejan sus niveles internos de excitación o suprarrenales, interpretándolos como estrés o excitación, se encuentren dentro de los límites de la psicoterapia, la ira y el manejo del estrés (29).

La forma en que la enfermera interpreta el control en su vida también afecta la autoeficacia. El locus de control puede verse como principalmente externo, operando al azar o mediante control externo, o interno, como resultado directo del esfuerzo personal. Un locus de control interno relativamente alto tiende a coincidir con una mayor autoeficacia. Sin embargo, la autoeficacia no consiste únicamente

en un locus de control. El locus de control se compone de dos procesos principales, emotivo y cognitivo. Un individuo con un locus de control interno activo experimentaría "una sensación de control", así como el "proceso cognitivo de interpretar una relación causal entre la acción personal y el logro de una meta". En lo que respecta al locus de control, la noción de control percibido también está relacionada con la autoeficacia. De acuerdo con la teoría del locus de control, las enfermeras esperan el éxito en la medida en que se sientan en control de su comportamiento, lo que a menudo se denomina locus de control interno. Las enfermeras que creen que pueden controlar lo que aprenden y realizan son más aptas para iniciar y mantener comportamientos dirigidos hacia esos fines que aquellos con un bajo sentido de control sobre sus capacidades (28).

2.2.2. ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA

El estrés ocupacional se puede definir como una situación en la que los factores relacionados con el trabajo interactúan con un empleado, cambiando su condición psicológica y fisiológica de tal manera que la persona se ve obligada a desviarse del funcionamiento normal. El estrés relacionado con el trabajo puede ser perjudicial para la salud física y mental de una persona, mientras que sus altos niveles se han relacionado / relacionado con el alto absentismo del personal y los bajos niveles de productividad (35).

La enfermería se percibe como un trabajo extenuante con demandas altas y complicadas. Las altas demandas laborales y la combinación de demasiada

responsabilidad y muy poca autoridad se han identificado como algunas de las principales fuentes de estrés ocupacional en el personal de enfermería (36).

El estrés laboral puede afectar significativamente la calidad de vida de la enfermera y, al mismo tiempo, reducir la calidad de la atención. El cuidado es un procedimiento interpersonal definido por la enfermería experta, la sensibilidad interpersonal y las relaciones íntimas, que incluyen la comunicación positiva y la implementación de conocimientos y habilidades profesionales. El estrés relacionado con el trabajo tiene como resultado una pérdida de compasión por los pacientes y una mayor incidencia de errores en la práctica y, por lo tanto, se asocia desfavorablemente a la calidad de la atención (37).

2.2.2.1. MUERTE Y MORIR

Los hospitales son lugares estresantes de empleo debido a la mayor complejidad y demandas de la mayoría de las descripciones de trabajo, los cambios impredecibles en la rutina diaria de trabajo, las expectativas poco realistas de los pacientes y sus familias, y los encuentros comunes con problemas éticos y de fin de vida. De todos los diversos tipos de empleados del hospital, las enfermeras a menudo están expuestas a muchos de estos factores estresantes y pueden estar predispuestas a desarrollar trastornos psicológicos relacionados con el trabajo, como los síntomas del trastorno de estrés postraumático y el síndrome de agotamiento (38).

Las enfermeras están expuestas repetidamente a la muerte y a la muerte como parte de su rutina laboral. Tratar los síntomas físicos, psicológicos, existenciales y

emocionales. Se cree que la exposición personal a estos procesos aumenta la conciencia de la muerte personal y aumenta la ansiedad y la incomodidad. En contraste con la tendencia común de la mayoría de las personas a evitar hablar y pensar sobre el proceso de morir, el personal de cuidados paliativos está expuesto repetidamente al proceso de morir. Si bien el estrés psicológico puede ser provocado por una conciencia de la muerte, este último puede motivar a las personas a buscar cambios positivos en la vida (39).

La reacción al estrés, que incluye un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración rápida, y hace que esa sensación de "lucha o huida" esté allí para supuestamente protegernos. Pero también significa que es menos probable que nos concentremos en el descanso o la medicación cuando sentimos que estamos siendo cazados. A menos que, por supuesto, haya aprendido a lidiar con el estrés por adelantado y lo haya integrado en la vida diaria. El estrés puede provenir tanto de la exposición externa como de la respuesta interna, es decir, puede ser tanto una causa (estresante) como una consecuencia (la respuesta al estrés). Fisiológicamente, el estrés es un proceso de aumento de la excitación con la función biológica primaria de mantener un sistema corporal estable (homeostasis). En términos de comportamiento, se supone que nos ayuda a movilizar nuestra energía para sobrevivir en situaciones que percibimos como amenazantes. Si bien el estrés a corto plazo con suficiente tiempo de recuperación es generalmente beneficioso, la exposición al estrés a largo plazo sin una recuperación suficiente no lo es (40).

Sin embargo, sin una restitución suficiente, se alteran las funciones de recuperación, por ejemplo, la activación del sistema parasimpático (a veces llamado sistema de reposo y digestión), que conserva la energía al disminuir la frecuencia cardíaca y aumentar la actividad intestinal. Una consecuencia negativa del estrés a largo plazo sin una recuperación suficiente es el agotamiento emocional y los síntomas que incluyen agotamiento físico, ansiedad, fatiga, insomnio, depresión y rendimiento laboral deteriorado. El principal sistema neuroendocrino que media la respuesta al estrés es el eje suprarrenal hipotalámico-hipofisario, junto con el sistema nervioso simpático. El cortisol, junto con la adrenalina y la nor-adrenalina, es una de las hormonas centrales que provoca respuestas al estrés. El proceso se inicia en la parte del hipotálamo del cerebro que coordina e interactúa con otras regiones del cerebro. Con el tiempo, la exposición repetida al estrés puede conducir a cambios plásticos en el sistema nervioso central y el estrés a largo plazo sin tiempo de recuperación puede conducir a varios trastornos físicos y psiquiátricos como dolor a largo plazo, problemas de audición, depresión, ansiedad y deficiencias inmunológicas (41).

2.2.2.2. CONFLICTO CON LOS MÉDICOS

El conflicto puede surgir de las disparidades fundamentales en conocimiento y poder. A pesar de los esfuerzos para hacer que la medicina sea menos paternalista, todavía existe una percepción general de que los médicos están a cargo, dando órdenes que las enfermeras y los pacientes deben seguir. Estas jerarquías rígidas pueden poner en peligro a los pacientes., al hacer que sea más difícil para las enfermeras, que generalmente son más bajas en la jerarquía, hablar libremente

cuando ven un error potencial o de otra manera necesitan cuestionar la autoridad; en cambio, a menudo existe la expectativa de que las enfermeras difieran a los médicos. También hay una diferencia esencial en la perspectiva entre enfermeras y médicos. Las enfermeras están capacitadas para ver al paciente de manera integral, mientras que a los médicos se les ha enseñado a enfocarse en "el caso" y a elaborar estrategias de tratamientos y curas, sin considerar necesariamente los factores emocionales, sociales o culturales que afectan al paciente (42).

Está claro que los roles hostiles o adversos entre los proveedores pueden amenazar la seguridad del paciente y provocar el agotamiento de la enfermera, lo que se traduce en una alta rotación del personal. Existen estrategias interpersonales y estrategias organizacionales para minimizar los conflictos interdisciplinarios. Las estrategias interpersonales a menudo se centran en hacer que las enfermeras se sientan más empoderadas, enseñando formas de nivelar el campo de juego entre las disciplinas. La cultura organizacional es también un factor determinante importante en las relaciones enfermero-médico. Los hospitales deben considerar un modelo de gobierno compartido que dé voz a las enfermeras y deben tener políticas establecidas que dejen en claro que la organización no tolerará el abuso verbal o el comportamiento disruptivo de los médicos (43).

Pero el enfoque más prometedor, con mucho, para reducir el conflicto interdisciplinario es que los médicos y las enfermeras realmente entrenen juntos. Los nuevos modelos de atención en equipo están llevando la colaboración a un nivel mucho más alto de lo que hemos visto en el pasado, y tiene sentido que esta

colaboración comience mientras los médicos y las enfermeras aún están en capacitación. Esto ayuda a ambas partes a alejarse de una mentalidad adversaria y a comprender mejor los roles de los demás, lo que a su vez promete mejorar la atención al paciente y mejorar la satisfacción laboral tanto para las enfermeras como para los médicos. Los expertos coinciden en que los conflictos laborales no resueltos contribuyen al estrés laboral, la falta de moral, la insatisfacción laboral y la rotación. Esto es especialmente cierto cuando el conflicto se maneja por confrontación, evitación o retirada. El agotamiento se reduce cuando los trabajadores pueden resolver conflictos mediante la colaboración (44).

La colaboración es generalmente considerada como la mejor manera de resolver conflictos porque reduce la competencia y la evitación sin acomodación o colaboración excesiva. Sin embargo, los estudios han demostrado que las enfermeras con mayor frecuencia usan el retiro. Para participar plenamente en equipos interdisciplinarios, las enfermeras deberán demostrar mayores habilidades de liderazgo. Y una forma de hacerlo es adquirir una mayor paridad educativa con otros proveedores, que generalmente tienen educación de posgrado. Cuando avanza su educación a través de un, es más probable que se destaque como un miembro respetado de un equipo multidisciplinario y como un líder capaz (45).

2.2.2.3. INADECUADA PREPARACIÓN PARA EL SOPORTE EMOCIONAL

El “trabajo emocional” se refiere al esfuerzo involucrado en el manejo de los sentimientos cuando el rol laboral especifica que las emociones particulares deben

mostrarse y otras deben ocultarse. Los trabajos que requieren trabajo emocional tienen tres elementos: (a) contacto intensivo con el público; (b) la necesidad de producir un estado emocional en otras personas; (c) un conjunto de reglas explícitas o implícitas con respecto al tipo de exhibición emocional que es apropiado e inapropiado. Como la respuesta emocional “apropiada” no siempre surgirá espontáneamente, los empleados deben suprimir las reacciones emocionales que no son adecuadas para el rol laboral (como la frustración y el asco) y mostrar aquellas (como la paciencia y la empatía) que son más congruentes. La disonancia emocional, o el conflicto entre las emociones que se experimentan y las que se requieren para cumplir con las reglas de exhibición, es una fuente de tensión que puede amenazar el bienestar de los empleados y provocar agotamiento a través del agotamiento de los recursos emocionales (45).

La mayoría de los trabajos públicos requieren cierto grado de trabajo emocional, pero se cree que es fundamental para la enfermería. Las enfermeras tienen un contacto sostenido e intensivo con los pacientes y, como se discutió anteriormente, deben brindar atención compasiva a menudo bajo condiciones interpersonales difíciles. No solo se espera que regulen sus propias reacciones emocionales a la práctica, sino que también alivien el miedo y la angustia de sus pacientes. Además, la enfermería tiene un conjunto de "reglas de visualización" compartidas con respecto a las emociones que deben expresarse y las que deben permanecer ocultas. Si bien realizar un trabajo emocional puede ser una fuente de satisfacción cuando se realiza por razones filantrópicas, puede amenazar el bienestar de los trabajadores de la salud. Por ejemplo, la investigación diaria del diario sugiere que las

enfermeras que tienen dificultades para manejar las demandas emocionales del trabajo tienden a informar niveles elevados de afecto negativo, agotamiento emocional y fatiga general (46).

Existe evidencia de que es probable que las enfermeras de carrera temprana reaccionen más negativamente a las demandas emocionales de la práctica y tengan un alto riesgo de estrés y agotamiento. Se ha reconocido la necesidad de una mejor capacitación y apoyo para ayudarlos a manejar las demandas emocionales del puesto de trabajo. Para informar tales intervenciones, se requiere una comprensión de las implicaciones del trabajo emocional y los factores que podrían proteger a las enfermeras sin experiencia de los efectos negativos de las demandas emocionales que enfrentan (47).

Si bien las demandas laborales pueden afectar el bienestar de los empleados, los recursos laborales tienen el potencial de compensar su impacto negativo. Las demandas son las características de los trabajos que requieren un esfuerzo físico y/o psicológico sostenido y, como tales, pueden agotar los niveles de energía y amenazar el bienestar. Por el contrario, los recursos laborales son factores intrínsecos a la persona o su entorno que pueden permitirles cumplir con las demandas de su trabajo y, en consecuencia, mejorar su bienestar. Este modelo ha sido respaldado en estudios en entornos de atención médica, en los que el personal con menos recursos (como la autonomía y las oportunidades de retroalimentación) tenía un mayor riesgo de agotamiento derivado de la carga de trabajo y las demandas de los pacientes (48).

Se conceptualiza el trabajo emocional como una demanda de trabajo (es decir, la experiencia de disonancia emocional) que tiene el potencial de conducir al agotamiento emocional (es decir, sentimientos de sobre extensión emocional y agotamiento). Se explora el papel desempeñado por dos recursos potenciales (apoyo emocional y afrontamiento centrado en la emoción) en esta relación. Estas variables se seleccionaron sobre la base del principio de correspondencia, según el cual los recursos se consideran más propensos a proteger el bienestar si provienen de la misma dimensión cualitativa que las demandas. Los dominios pueden ser físicos, cognitivos o emocionales, y cuanto mayor sea la congruencia entre las demandas y el recurso potencial, mayores serán los efectos protectores que se observarán (49).

Se ha destacado el papel clave que desempeña el apoyo social en el desarrollo de la capacidad emocional y la mitigación de los efectos de los factores estresantes en la salud física y mental. De particular relevancia para el presente estudio es la evidencia de que el apoyo de los gerentes y colegas puede proteger a los trabajadores de la salud del impacto negativo de las demandas emocionales. Por ejemplo, un estudio de dos fases de enfermeras australianas encontró que su capacidad para lidiar con el estrés y la fatiga de la compasión fue mejorada por el apoyo obtenido de las redes sociales fuertes. Se han documentado varios tipos de apoyo social que se han encontrado que benefician el bienestar de los empleados a través de múltiples vías; Estos incluyen apoyo informativo, instrumental y profesional (50).

Se ha argumentado que el apoyo emocional, caracterizado por la disponibilidad de relaciones cercanas y confiables dentro del lugar de trabajo, puede ser particularmente ventajoso en trabajos que son emocionalmente desafiantes. Se podrían proponer varias explicaciones para tales efectos dentro de los entornos de atención médica. La capacidad de revelar preocupaciones y dificultades personales a otros sin temor a ser juzgados puede reducir directamente el riesgo de agotamiento emocional y / o actuar como un recurso que ayuda a las enfermeras a manejar las demandas emocionales de brindar atención compasiva. El apoyo emocional de gerentes y compañeros de trabajo más experimentados también puede ayudar a los estudiantes de enfermería a invocar la respuesta emocional apropiada requerida durante las interacciones con los pacientes, reduciendo así las experiencias de disonancia emocional (51).

Hacer frente puede definirse como "esfuerzos cognitivos y de comportamiento que cambian constantemente para gestionar demandas externas y / o internas específicas que se evalúan como que gravan o exceden los recursos de la persona". En general, las estrategias de afrontamiento se consideran centradas en las emociones o en los problemas. El afrontamiento enfocado en la emoción tiene como objetivo reducir la intensidad de las emociones causadas por una situación estresante, mediante el cual el afrontamiento enfocado en el problema intenta cambiar la situación problemática en sí. Aunque existe evidencia de que las enfermeras utilizan con frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en las emociones para manejar el estrés relacionado con el trabajo, las implicaciones para

el bienestar son mixtas y negativas, y se han informado efectos positivos en la salud mental (52).

2.2.2.4. FALTA DE APOYO

En la profesión de enfermería, la carga de trabajo se describe como la cantidad de desempeño que se requiere en un trabajo. El trabajo de enfermería incluye tanto el trabajo que realizan las enfermeras en nombre del paciente como el trabajo administrativo que no está relacionado con el paciente. La carga de trabajo también se describió como un aumento en la demanda de servicios de enfermería o habilidades de enfermería y también puede indicar una medición de los requisitos de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente, la carga de trabajo de enfermería como el "volumen y nivel de trabajo de enfermería" La naturaleza crucial del trabajo de enfermería en diferentes entornos hospitalarios afecta la calidad y el nivel real de atención de enfermería brindada al paciente. La comprensión de la naturaleza del trabajo de enfermería ha aumentado recientemente como resultado de la industria de la salud en constante evolución (53).

Los problemas relacionados con la carga de trabajo de las enfermeras, el personal y los resultados de los pacientes son cada vez más interesantes para muchos gobiernos, empleadores y profesionales de enfermería. Los cambios en las finanzas y la economía de la atención médica, la calidad de la prestación de atención médica, una mayor importancia otorgada a la atención centrada en el paciente y la gran escasez de enfermeras desafían a las enfermeras a explorar cómo trabajan y cómo pasan su tiempo. De hecho, actualmente, se están realizando estudios para

determinar el impacto de la carga de trabajo de enfermería en la naturaleza de la atención brindada y los resultados de los pacientes. La carga de trabajo de enfermería, además de la gravedad de la enfermedad, el sexo y la duración de la estadía de los pacientes, se identificaron como factores de riesgo asociados con el desarrollo de úlceras por presión de gran intensidad (53).

El estrés es un factor que contribuye a la ineficiencia organizacional, la alta rotación del personal, el absentismo por enfermedad, la disminución de la calidad y la cantidad de atención, el aumento de los costos de la atención médica y la disminución de la satisfacción laboral. La enfermería es una de las profesiones más estresantes. Señaló la necesidad de considerar e investigar el estrés laboral en enfermería, porque el rendimiento disminuye en situaciones estresantes (53).

El apoyo organizacional es un factor clave para incrementar la satisfacción laboral y el compromiso organizacional de las enfermeras; comienzan a tener opiniones sobre cuánto se valora su esfuerzo y cuánto se preocupa la organización por su bienestar para ver la disposición de su organización para honrar las contribuciones de las enfermeras y responder a sus necesidades emocionales y sociales. El apoyo organizacional percibido se trata como una garantía que ayudará a las enfermeras a cumplir con sus tareas, hacer su trabajo de manera eficiente y manejar el estrés. La sensibilidad y opinión de las enfermeras con respecto al grado en que su participación es apreciada y reconocida por su institución y se preocupa por su bienestar afecta sus esfuerzos para la organización. El empoderamiento psicológico es un conjunto de pensamientos o ideas motivacionales moldeados por un ambiente

de trabajo y que reflejan la orientación activa de una enfermera hacia su rol laboral. Tiene cuatro componentes: significado, competencia, autodeterminación e impacto; el significado se refiere a la importancia de un trabajo, un sentido de conexión personal con el trabajo. La competencia se refiere al grado en que una enfermera tiene talento para ejecutar una empresa con éxito con todas las habilidades y habilidades que posee; El impacto se refiere a la medida en que una enfermera puede influir en el final del trabajo; La autodeterminación se refiere a cuánto poder, independencia y autosuficiencia tiene una enfermera sobre sus tareas laborales diarias. Los estudios han argumentado que cuando las enfermeras tenían la libertad de tomar decisiones sobre su trabajo, el ritmo y la eficiencia fortalecen, su lealtad hacia la organización aumenta (54).

2.2.2.5. CONFLICTO CON OTRAS ENFERMERAS (OS)

El conflicto interpersonal es un tipo importante de conflicto que existe una variedad de su nomenclatura, como conflictos de tareas, procesos, información, emocionales y de relación. Este tipo de conflicto a menudo se considera como un término negativo porque los intereses individuales se perciben como opuestos o afectados negativamente. Recientemente, ha habido preocupaciones sobre el conflicto interpersonal en el lugar de trabajo y su impacto en el sistema de salud y los trabajadores. Una variedad de individuos, incluidos médicos, enfermeras, compañeros de trabajo, gerentes y trabajadores administrativos, pueden haber experimentado conflictos. Los conflictos pueden ser consecuencia de una comunicación deficiente, estrés laboral excesivo o prioridades de tareas en competencia no resueltas. Una vez desarrollado, el conflicto podría, a su vez, tener

efectos nocivos para los trabajadores, como interferencia con el desempeño del equipo y reducción de la satisfacción del personal. Además, los informes han asociado los conflictos con una atención al paciente de menor calidad, tasas más altas de errores médicos, un mayor nivel de agotamiento del personal y mayores costos directos e indirectos de la atención (55).

Hay muchos tipos de conflictos que las enfermeras pueden experimentar en el entorno hospitalario. Conflicto intrapersonal que ocurre dentro de un individuo, conflicto interpersonal que ocurre entre dos o más individuos, conflicto intragrupal que ocurre dentro de un grupo, conflicto intergrupalo que ocurre entre dos o más grupos, conflicto competitivo que ocurre cuando dos o más grupos intentan alcanzar un común gol y conflicto disruptivo que resulta de tratar de reducir o vencer al oponente. El último tipo de conflicto es común entre enfermeras y médicos y ha sido reportado por ambas profesiones. Las enfermeras y los médicos, especialmente en la región del Medio Oriente, continúan siendo educados con la incomprensión de sus roles. Ambas profesiones no cultivan el concepto de miembros del equipo de atención médica entre los graduados. Los médicos siempre se consideran la profesión dominante en el entorno hospitalario. Este malentendido de roles crea conflictos de identidad entre enfermeras y médicos. A los médicos se les enseña a ser los líderes responsables de los pacientes y deben manejar todas las situaciones. Los desacuerdos basados en valores ocurren entre enfermeras y médicos cuando una de las partes intenta forzar su propio conjunto de valores sobre otra (56).

Las enfermeras, como otros profesionales de la salud, ofrecen diferentes puntos de vista al equipo de atención médica para brindar atención de calidad a los pacientes. Estas diversas perspectivas a veces pueden conducir a conflictos entre enfermeras y médicos con respecto al régimen de atención de los pacientes. Además, el ambiente de trabajo estresante puede ser una fuente de tensión, falta de comunicación y conflicto, no solo entre los profesionales de la salud sino también entre los pacientes. Los conflictos en entornos hospitalarios pueden conducir a la violencia, a menos que se manejen adecuadamente. Las consecuencias de un conflicto pobre o no administrado podrían afectar negativamente la calidad de la atención de los pacientes. Actualmente, los gerentes de enfermería ven el conflicto como un fenómeno natural que puede existir en cualquier organización. Independientemente de la forma en que los administradores de enfermería tratan el conflicto; Cada conflicto tiene una consecuencia que afecta tanto a los profesionales como a los pacientes de la organización, ya sea positiva o negativamente (57).

2.2.2.6. CARGA DE TRABAJO

El estrés y el exceso de trabajo son las principales preocupaciones de salud y seguridad para las enfermeras, quienes también informan que tales preocupaciones influyen en sus decisiones de permanecer en la profesión de enfermería. Se sabe que la enfermería es una ocupación extraordinariamente estresante. A diferencia de otras profesiones, se supone que el estrés en enfermería está presente. Carga de trabajo y estrés Para las enfermeras, la palabra "estrés" describe una combinación de situaciones desagradables y experiencias personales internas desagradables. El

estrés puede provenir de altas cargas de trabajo; escasez de personal, lo que contribuye al exceso de trabajo; y una aparente falta de apoyo de colegas, gerencia y administración del hospital (58).

Pero el estrés relacionado con la carga de trabajo también puede provenir del exterior del lugar de trabajo, es decir, del hogar. Esto a menudo difiere para mujeres y hombres: las trabajadoras tienden a tener más estrés, tanto físico como mental, que los trabajadores masculinos debido al trabajo doméstico no remunerado y al trabajo de cuidado. El trabajo de cuidado conlleva demandas físicas, emocionales y psicológicas únicas, ya sea que se realice por pago o no. Para las mujeres en el trabajo de cuidado remunerado, como la enfermería, el enfoque de esta pieza, el estrés por exceso de trabajo puede provenir de la carga de trabajo en el lugar de trabajo, en el hogar o una combinación de ambos. La investigación sobre el estrés ocupacional a menudo se centra solo en el estrés laboral, como si el lugar de trabajo y el hogar fueran distintos y no estuvieran relacionados (59).

Implícito en este enfoque es la comprensión del lugar de trabajo y el hogar como "esferas separadas", dividiendo la economía en una esfera pública y una esfera privada y la vida del trabajador en una vida laboral y una vida hogareña. Sin embargo, algunas investigaciones enfatizan el "conflicto entre el trabajo y el hogar" en el cual las tensiones basadas en el trabajo impactan al trabajador en el hogar o el "conflicto de tareas" en el cual las tensiones en el hogar impactan a la persona en el trabajo tienen experiencias que conectan sus lugares de trabajo y sus hogares a pesar de que no perciben un conflicto entre las demandas del trabajo remunerado y el

trabajo no remunerado. Considere el caso del exceso de trabajo como una causa de estrés. Las enfermeras tienden a sentirse con exceso de trabajo, pero el "exceso de trabajo" no es simplemente un fenómeno basado en el lugar de trabajo, particularmente para las mujeres (60).

Las enfermeras tienen una gran carga de trabajo, que consiste tanto en trabajo remunerado como no remunerado, y a menudo se sienten fatigadas, abrumadas y estresadas como resultado. El trabajo remunerado incluye las horas de actividad por las cuales las enfermeras reciben paga. El trabajo no remunerado consiste en el trabajo práctico del cuidado de niños, personas y ancianos, además del trabajo doméstico como cocinar y limpiar. El trabajo no remunerado que realizan las mujeres puede considerarse un "segundo turno" de trabajo. Las enfermeras realizan este trabajo no remunerado además de las 9 o 12 horas de trabajo remunerado que realizan en salas y clínicas. Un estudio basado en una entrevista de 24 enfermeras profesionales en un hospital público en la provincia de Gauteng que dividió el tiempo de las enfermeras en sueño, trabajo remunerado, trabajo no remunerado, desplazamientos y tiempo libre encontró que, en un día laboral promedio, las enfermeras que trabajan por turnos realizan casi tres horas de trabajo no remunerado en el hogar y enfermeras profesionales en clínicas que trabajan de 7 am a 4 pm realizan más de cuatro horas de trabajo no remunerado. En promedio, las enfermeras pasaban aproximadamente dos horas al día desde y hacia el hospital (35).

No es sorprendente, entonces, que muchas enfermeras sientan que están bajo una presión constante de tiempo tanto en el trabajo como en el hogar, lo que puede contribuir a sentimientos de angustia. Uso del tiempo en horas por día Interpretar el exceso de trabajo como resultado de cargas de trabajo separadas, aunque pesadas, en el hogar y en el trabajo remunerado pinta una imagen incompleta. Sugiere cargas de trabajo independientes para el mismo trabajador. Sin embargo, las cargas de trabajo no son separables: el trabajo está conectado a través del trabajador y la atención que brinda. La sustancia del trabajo que realizan las enfermeras, y la naturaleza práctica de ese trabajo, conecta la vida de las enfermeras dentro de su barrio o clínica con su mundo exterior. Las enfermeras cuidan a los pacientes y a los miembros de sus propios hogares y otros. Una enfermera resume la relación: ‘Creo que en realidad es una continuación, la vida hogareña y mi vida laboral. Para mí, es una continuación. Estoy aquí en el hospital tratando con la vida de los seres humanos. Y en casa también me preocupo por los seres humanos. Sigo cuidando la vida pero indirectamente. No es directo como aquí en el hospital. Hay una conexión conmigo, con el hospital y el hogar’ (47).

El trabajo de cuidado, remunerado y no remunerado, puede ser especialmente agotador en parte porque impone exigencias físicas, emocionales y mentales extraordinarias al cuidador. Pero más fundamentalmente, el trabajo de cuidado es excepcionalmente exigente porque si bien se puede cumplir con la demanda legal o socialmente reconocida de atención para una persona o paciente en particular, el deseo de atención es por su naturaleza sin límite. Esta limitación puede dejar al cuidador con la sensación de que nunca puede proporcionar la cantidad y calidad

de atención que requiere el trabajo. Debido a que el trabajo de cuidado de una enfermera puede ser remunerado (ubicado en el lugar de trabajo) o no remunerado (ubicado en el hogar), "el trabajo" aquí puede referirse a uno o ambos, de los trabajos. En otras palabras, las demandas de atención nunca terminan, lo que puede contribuir a una sensación de presión de tiempo, estrés, frustración e incluso ansiedad o depresión (37).

La gran carga de trabajo de cuidado de las enfermeras en el lugar de trabajo y en el hogar interactúa de manera particularmente estresante, dada las demandas únicas del trabajo de cuidado y la naturaleza ilimitada del deseo de cuidado. Para los trabajadores de la salud, la vida fuera del trabajo es de vital importancia para evitar el agotamiento relacionado con el estrés. Una enfermera de atención clínica describió la importancia de otros intereses y pasatiempos fuera de la enfermería y otros compromisos que le permitieron a la enfermera "escapar a un mundo diferente, donde no tenía que dar ni ayudar a nadie". Pero para muchas enfermeras, encontrar el tiempo para reponer los recursos mentales, físicos y emocionales agotados fuera del trabajo remunerado puede resultar difícil, si no imposible. Como un desafío compartido para las enfermeras que atraviesa generaciones y la jerarquía profesional, el exceso de trabajo basado en la atención puede proporcionar una base para la consideración organizativa de las respuestas que reducirían el exceso de trabajo en el lugar de trabajo (46).

2.2.2.7. INCERTIDUMBRE SOBRE EL TRATAMIENTO

Comprender cómo las enfermeras experimentan incertidumbre y trabajan para superarlo no se informa en la literatura de enfermería y es un área en el dominio de la práctica de enfermería que requiere un trabajo teórico riguroso. La variación que ocurre en la práctica clínica y la inconsistencia resultante en la toma de decisiones clínicas se han atribuido en gran medida a la incertidumbre del profesional, quizás la habilidad más importante que cualquier profesional de la salud debe dominar es la capacidad de reconocer y manejar la incertidumbre clínica, para que la enfermería controle verdaderamente la calidad de su contribución a la atención médica, se deben describir las características de incertidumbre en la práctica y se debe diseñar e implementar una evaluación de las estrategias. De hecho, queda una brecha significativa en nuestra comprensión teórica de la incertidumbre de las enfermeras en la práctica. A pesar del creciente cuerpo de literatura teórica y empírica que aborda la incertidumbre clínica de los médicos, sorprendentemente, el estudio de la incertidumbre en la toma de decisiones de las enfermeras ha recibido menos atención. Como resultado, los investigadores de enfermería han hecho un llamado cada vez mayor para comprender mejor la incertidumbre clínica de las enfermeras, y para examinar los tipos de decisiones que las enfermeras toman en la práctica (38).

El concepto de incertidumbre ha sido estudiado desde una variedad de perspectivas y disciplinas. Por lo tanto, existen varias conceptualizaciones y definiciones diferentes de incertidumbre. Por ejemplo, la incertidumbre ha sido estudiada en la teoría de probabilidad clásica y aplicada a las teorías de toma de decisiones. Los teóricos de la decisión han definido la incertidumbre como una

situación en la que un individuo no puede asignar probabilidades al resultado de los eventos (o predecirlos con precisión), y distinguen la incertidumbre de las situaciones de riesgo en las que los resultados tienen probabilidad conocida. La incertidumbre se ha diferenciado de la ambigüedad. La ambigüedad se refería a la naturaleza y la estructura de las señales, mientras que la incertidumbre se refería al estado mental de un individuo (45).

La incertidumbre es una falta de comprensión o una brecha en el significado y el vínculo crítico entre la información y la toma de decisiones. En la literatura sobre el cuidado de la salud, el concepto de incertidumbre se sitúa en gran medida dentro del contexto de la toma de decisiones de los profesionales. La incertidumbre es un concepto bien descrito en el marco de la toma de decisiones de los médicos. La incertidumbre es un estado dinámico en el que existe la percepción de ser incapaz de asignar probabilidades para resultados que provocan una sensación incómoda que podría verse afectada (reducida o escalada) a través de reacciones cognitivas, emotivas o conductuales, o por el paso del tiempo y los cambios en la percepción de las circunstancias (40).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

COMPETENCIA PROFESIONAL, es cuando la enfermera actúa con responsabilidad y eficacia de acuerdo con los estándares de desempeño dados. También se puede decir que este profesional posee la competencia suficiente. La competencia profesional se ve como la capacidad genérica, integrada e internalizada para brindar un desempeño efectivo (digno) sostenible (incluida la resolución de problemas, la realización de la innovación y la creación de transformación) en un determinado dominio profesional, trabajo, rol, contexto organizacional y situación de tarea.

CLIMA ORGANIZACIONAL, es la percepción compartida de las enfermeras que trabajan en la organización. Es la suma de las percepciones individuales sobre los procedimientos, políticas y prácticas organizacionales. Representa el entorno psicológico de la organización que consiste en opiniones individuales enmarcadas en micro eventos que les suceden a ellos, así como a otros a su alrededor, durante un período de tiempo. Es el conjunto de propiedades medibles del entorno laboral, percibidas directa o indirectamente por las enfermeras integrantes, que influyen en su trabajo y satisfacción.

MOTIVACIÓN LABORAL, es la influencia inmediata sobre la dirección, el vigor y la persistencia de la acción, es un proceso que rige la elección de las personas entre formas alternativas de actividad voluntaria; es un conjunto de procesos psicológicos involucrados con la activación, dirección, intensidad y persistencia de acciones voluntarias dirigidas a un objetivo.

FATIGA DEL TRABAJO FÍSICO, es la percepción subjetiva de falta de fuerzas y energías para seguir realizando una actividad que requiere trabajo muscular.

FATIGA DEL TRABAJO MENTAL, es la sensación de no poder seguir realizando determinados procesos mentales que exige cierto tipo de trabajo; es sentir disminuida o anulada la capacidad de razonar, utilizar la memoria de forma eficiente o mantener un elevado estado de atención.

FATIGA EMOCIONAL DEL TRABAJO, es percibir la baja disponibilidad o la incapacidad de seguir mostrando emociones positivas a los demás, cuando interiormente hay malestar y desagrado; es sentirse inundado por emociones negativas que difieren del estado anímico que exige mantener en el trabajo.

TOLERANCIA AL ESTRÉS, es el límite que tienen la enfermera para poder afrontar situaciones adversas conservando un buen desempeño; es cuando la enfermera percibe que ya no le es posible seguir desempeñándose ante la presencia de determinados estresores en cierta intensidad.

SOBRECARGA DE TRABAJO, es la situación en donde las responsabilidades y tareas que debe de cumplir la enfermera en determinado tiempo y con cierta calidad exceden a su disposición de tiempo y a sus aptitudes físicas, mentales o emocionales; cuando se esfuerza para poder cumplir las excesivas demandas existe el riesgo real de afectar a su salud física y mental.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la autoeficacia en referencia a la **competitividad** y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la **competitividad**; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021
2. La relación entre la autoeficacia en referencia a la **determinación** y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la **determinación**; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021
3. La relación entre la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta** y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta**; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Autoeficacia en profesionales de enfermería

VARIABLE DEPENDIENTE:

Estrés laboral en profesionales de enfermería

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Años de experiencia laboral en la institución
- Estado civil
- Número de hijos
- Estudio de post licenciatura
- Otros compromisos laborales

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA	Es la creencia estable de las enfermeras sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones complicadas propias de su actividad cotidiana.	COMPETITIVIDAD	Es la creencia de poseer la capacidad personal demostrada, para ofrecer servicios profesionales acorde a determinados estándares de calidad, reconocida como tal; por los demandantes de los servicios, jefes y compañeros de trabajo.	Autoconfianza en las habilidades personales	Ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Capacidad creativa de respuesta		
		DETERMINACIÓN	Es la creencia de poder mantener la firmeza de pensamiento y voluntad hasta el logro de determinados propósitos y objetivos preestablecidos	Disponibilidad de recursos para el logro de propósitos		
				Elevada capacidad resolutive		
				Persistencia en los propósitos		

				Optimismo en la resolución de problemas		
		CAPACIDAD DE RESPUESTA	Es la creencia de poder responder de forma adecuada y proporcionada ante las diversas contingencias surgidas en el medio laboral	Convicción de poder manejar lo inesperado		
				Competencia para superar lo imprevisto		
				Autoconfianza para manejar la incertidumbre		
				Amplio repertorio de alternativas de respuesta		

VARIABLE 2: ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA	Es el desequilibrio entre la exigencia laboral (también propia) y la capacidad o recursos disponibles en la enfermera para cumplirla eficientemente.	MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE	Es el malestar e incomodidad que surge al presenciar de forma reiterativa el sufrimiento y dolor de otras personas y además obtener escaso resultados al asistir al usuario.	Procedimientos que suponen experiencias dolorosas	Ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Impotencia ante paciente que no presenta mejoría		
				Conversar con paciente sobre su muerte inminente		
				Muerte de paciente.		
				Muerte de paciente con quien tenía amistad		
				Ausencia de médico al producirse la muerte		
		Observar el sufrimiento de paciente.				
		TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS	Son las situaciones tensas que surgen por diferentes posiciones sobre la forma en que	Ser criticado por médico		
				Tener conflictos con médico		
Miedo a cometer un error en el tratamiento						

			se debe de manejar el tratamiento de los usuarios	Desacuerdo con el tratamiento		
				Tomar decisión cuando el médico no esta		
		SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL	Es la percepción de estar poco preparada para resolver los conflictos emocionales en los pacientes y familiares a consecuencia del problema de salud actual	No responder a necesidades emocionales		
				No tener respuesta satisfactoria.		
				No tener preparación en el campo emocional		
		IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO	Es la negativa de otro personal de salud de colaborar en la realización de tareas, teniendo la posibilidad de hacerlo	No hablar de problemas de unidad		
				No compartir experiencias y sentimientos		
				No expresar sentimientos negativos		
		TENSION FRENTE A OTRAS ENFERMERAS	Con las críticas, pugnas y disputas con otras enfermeras involucradas en	Conflictos con supervisor		
				Transferido por escasez de personal		
				Dificultad al trabajar con un enfermero externos		

			la atención de los mismos usuarios	Ser criticado por el supervisor		
				Dificultades con un enfermero de su unidad		
		PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO	Son las tareas y responsabilidades asignadas que sobrepasan la capacidad y el tiempo de trabajo disponible de la enfermera	Rotura del equipo técnico		
				Disponibilidad en horario impredecibles		
				Muchas tareas administrativas.		
				Falta de tiempo para apoyo emocional		
				Falta de tiempo para completar tareas		
				Insuficiente personal en la unidad		
		DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER	Son las situaciones en las que la enfermera no posee información completa sobre la condición médica del paciente	Información inadecuada del médico		
				Tratamiento inadecuado		
				Ausencia de médico en una urgencia		
				No conocer la condición médica o el tratamiento		
				Incertidumbre sobre la forma de operar equipo técnico		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación ejecutada, se ajustó a todas las prerrogativas del método científico; por lo que se procuró alcanzar la mayor objetividad posible, eliminando o controlando cualquier situación que llevase a subjetividades; la investigación fue racional, debido a que todas las argumentaciones presentadas poseen un sentido lógico y responden al ordenamiento sistemático del conocimiento científico; la investigación fue empírica, dado que se han obtenido datos de la realidad que actúan como fundamento de todas las argumentaciones; la investigación fue sistemática, cada una de sus partes responden a un orden, pero cada una interactúa e influye sobre la demás y sobre el todo en su conjunto; la investigación es verificable, ya que si se siguen todos los procedimientos especificados se podrán alcanzar los mismo resultados. También se basa en el principio de falsabilidad, bajo el cual podemos declarar que los resultados tienen valor provisional, hasta que surjan nuevas evidencias que nieguen su validez.

Se utilizó el método inductivo; porque a partir de hechos particulares de la autoeficacia y del estrés laboral en las enfermeras se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que las enfermeras con un buen sentido de autoeficacia actúan con mayor interés, concentración y persistencia frente a los procesos laborales complejos; y esto reduce el estrés laboral en ellas (61).

También se utilizó el método estadístico - inferencial, porque fue necesario estimar parámetros a partir de estadígrafos calculados en una muestra aleatoria (62).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación ejecutada es de tipo: básica, cuantitativa, transversal, observacional.

Básica, porque con esta investigación, buscó ampliar el conocimiento teórico sobre la temática tratada, los resultados no tienen aplicación práctica inmediata ni reportarán utilidades económicas transables; estuvo impulsada por el deseo que ampliar la comprensión de la realidad (63).

Cuantitativa, Las observaciones de la realidad fueron convertidas en datos numéricos, y luego procesados por métodos estadísticos; se fundamenta en la síntesis estocástica del positivismo lógico; solo se analizó un segmento de la realidad bien definida en variables.

Transversal, la información se captó en un único momento y en una sola ocasión.

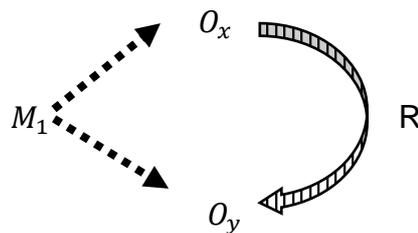
Observacional, se obtuvo información del fenómeno de la forma como aparecía en la realidad, no se hizo ningún tipo de manipulación o modificación de las variables (64).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo científico realizado respondió al nivel correlacional; debido a que se tuvieron dos variables y se definió el grado en que las variaciones de una, afecta el comportamiento de la otra; se mantiene la presunción que el vínculo es causal y no casual; no se realizó ninguna manipulación de las variables (65).

4.4. DISEÑO

La investigación propuesta correspondió a un estudio descriptivo correlacional (66) que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

O_x = Conjunto de datos en referencia a la autoeficacia en enfermería

O_y = Conjunto de datos en referencia al estrés laboral en enfermería

R = Relación existente entre ambas variables.

M_1 = Grupo muestra único

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

Se consideró una población de 137 enfermeras que trabajan en los diferentes establecimientos de toda la Microred de Salud Chilca; que fueron seleccionadas al cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que aceptaron a participar voluntariamente en el estudio.
2. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que venían laborando por más de dos años en la institución.
3. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que no tenían procesos administrativos por incumplimiento de funciones.
4. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que residían en áreas metropolitanas.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que no colaboraban con el estudio, a pesar de haber consentido su participación.
2. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que padecían alguna enfermedad física; que era evidente o que daba razón de ella la misma enfermera.
3. Enfermeras de la Microred de Salud Chilca que estaban a 5 años o menos de la jubilación.

4.5.2. MUESTRA

Primero se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones; que se presenta a continuación.

Segundo se seleccionó la muestra (sacar el número de integrantes de la muestra de toda la población) por medio del método del muestreo aleatorio simple (todos los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos como parte de la muestra).

Expresión matemática de la fórmula del tamaño muestral para un solo grupo por proporciones.

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

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de enfermeras con buena autoeficacia y que además presentan bajo o nulo estrés laboral (75 %, de acuerdo a Zaki R, , 2016)
- q : Proporción de enfermeras con buena autoeficacia y que además presentan estrés laboral (25 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{137 * 0.75 * 0.25 * 1.96^2}{0.05^2 * (137 - 1) + 0.75 * 0.25 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{137 * 0.1875 * 3.84}{0.0025 * (136) + 0.1875 * 3.84}$$

$$n = \frac{98.681}{0.34 + 0.72}$$

$$n = \frac{98.68}{1.06}$$

$$n = 93.069$$

$$n = 93$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 95 enfermeras que laboraban en la Microred de Salud Chilca en el 2021.

Se eligió a los integrantes de la muestra por muestreo aleatorio simple.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado nombrado “Escala de autoeficacia general” elaborado por Baessler y Schwarzer en el 1996 (67). El instrumento consta de 10 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden magnitud con dos reactivos (1 al 2), fuerza con cuatro reactivos (3 al 6) y generalidad con cuatro reactivos (7 al 10). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se define del siguiente modo: de (0 a 8) = muy baja autoeficacia, de (8.1 a 16) = baja autoeficacia, de (16.1 a 24) = mediana autoeficacia, de (24.1 a 32) = alta autoeficacia y de (32.1 a 40) = muy alta autoeficacia.

Como no existen estudios regionales que hallan verificado la validez y confiabilidad del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud El Tambo, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, que eran licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de personal.

4.6.2. PARA VALORAR EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se valoró utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de estrés de enfermería (NSS)”, elaborado por Gray P, Anderson J en el 1981 (68); El instrumento consta de 34 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en siete sub-escalas que miden muerte y morir con 7 reactivos (1 al 7), conflicto con los médicos con 5 reactivos (8 al 12), inadecuada preparación con 3 reactivos (13 al 15), falta de apoyo con 3 reactivos (16 al 18), conflicto con otras enfermeras con 5 reactivos (19 al 23), carga de trabajo con 6 reactivos (24 al 29), e incertidumbre sobre el tratamiento con 5 reactivos (30 al 34). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = nunca, 1 = Ocasionalmente, 2 = De forma regular, 3 = Frecuentemente y 4 = Muy frecuentemente.

Para dar significado global al instrumento, se suman los valores obtenidos para cada pregunta y se interpreta de acuerdo a la siguiente escala: de (0 a 27.2) = muy bajo estrés de enfermería, de (27.3 a 54.4) = bajo estrés de enfermería, de (54.5 a 81.6) = mediano estrés de enfermería, de (81.7 a 108.8) = alto estrés de enfermería y de (108.9 a 136) = muy alto estrés de enfermería.

Como no existen estudios regionales que hallan verificado la validez y confiabilidad del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud El Tambo, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, que eran licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de personal.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Los datos recogidos, fueron examinados e inscritos en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2016, luego fueron exportado al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para conocer el grado de autoeficacia en enfermería, se operaron matemáticamente los valores encontrados y se confeccionaron tablas de frecuencia de modo general y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

Para definir el nivel de estrés laboral en enfermería, se operaron matemáticamente los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se elaboraron tablas de frecuencia y gráficos de forma general y para cada una de las dimensiones, se hallaron estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias para cada una de las variables de contraste.

PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para evidenciar el vínculo entre la autoeficacia y el estrés laboral en enfermería, se estimó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron corroboradas a través del análisis del “p value” o “significancia bilateral”. Para conseguir un proceso analítico de prueba de hipótesis, se empleó la prueba t para coeficientes de correlación; de manera anticipada se evaluó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se formularon la H_0 y la H_1 .
- Se patentizó la normalidad de los hechos cuantificados.
- Se optó por el tipo de prueba a aplicar.
- Se constituyó el límite de certeza ($\alpha = 0.05$)
- Se estableció el valor de indagación, según a la tabla.
- Se comparó el valor estimado con el valor de verificación dispuesto.
- Se dilucidó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la ejecución del estudio se cumplieron con los siguientes principios éticos de la investigación científica:

Autonomía, solo se consideraron como partícipes a aquellas enfermeras que aceptaron colaborar espontáneamente, no se incurrió en ninguna forma de imposición, para avalar esto se comunicó de forma comprensible todo lo concerniente a la investigación a todos los individuos implicados, también se empleó el consentimiento informado.

Beneficencia, el diseño conclusivo de la investigación fue acrecentar la complacencia de la enfermera amparándonos en el enaltecimiento de la autoeficacia; también la investigación es metodológicamente válida y las conclusiones emanadas del trabajo son confiables y verdaderas, y su posterior uso será ventajoso.

No maleficencia, el estudio no incluyó acción alguna que afecte y/o empeore la condición de las enfermeras.

Justicia, se discurrió a todas las enfermeras implicadas en la investigación de forma proporcionada, sin diferencias de ningún tipo, se ponderó apropiadamente las operaciones a cometer y se concibió un empleo ecuánime de los medios.

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

Art, 27°, PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA

Protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socio culturales, consentimiento informado y expreso, beneficencia y no maleficencia, protección al medio ambiente y el respeto de la biodiversidad, responsabilidad y veracidad.

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

- a. Ejecutamos nuestra investigación pertinente, y coherente con las líneas de Investigación.
- b. Procedimos con rigor científico asegurando la validez, la fiabilidad y credibilidad de nuestras fuentes y datos de dicha Investigación.
- c. Asumimos la responsabilidad de la investigación, siendo conscientes de las consecuencias individuales, sociales y académicas que se derivan de la misma.
- d. Garantizamos la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en la investigación, excepto cuando se acuerde lo contrario.
- e. Cumplimos con las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulen la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos.
- f. En las publicaciones científicas, evitamos faltas deontológicas:
 - Falsificar o inventar datos o sesgar los resultados de la investigación
 - Plagiar lo publicado por otros autores de manera total o parcial.
- g. Publicaremos nuestro trabajo de investigación en estricto y normas referidas a derecho de autor.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRICIÓN DE LOS RESULTADOS

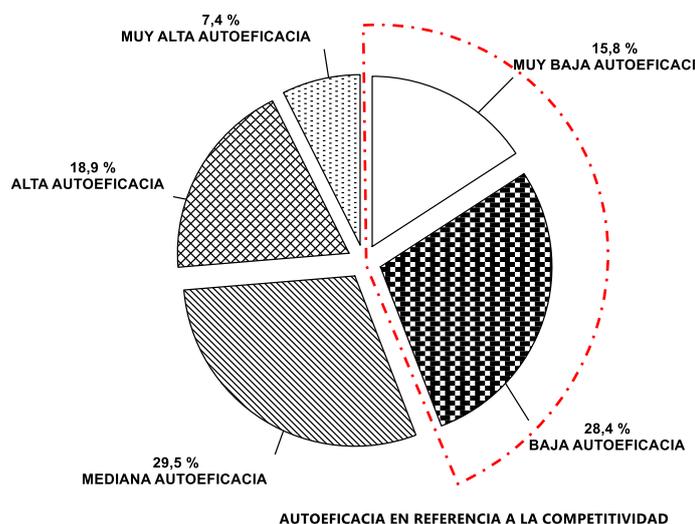
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 1: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN COMPETITIVIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja autoeficacia	15	15,8
Baja autoeficacia	27	28,4
Mediana autoeficacia	28	29,5
Alta autoeficacia	18	18,9
Muy alta autoeficacia	7	7,4
Total	95	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 1: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN COMPETITIVIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

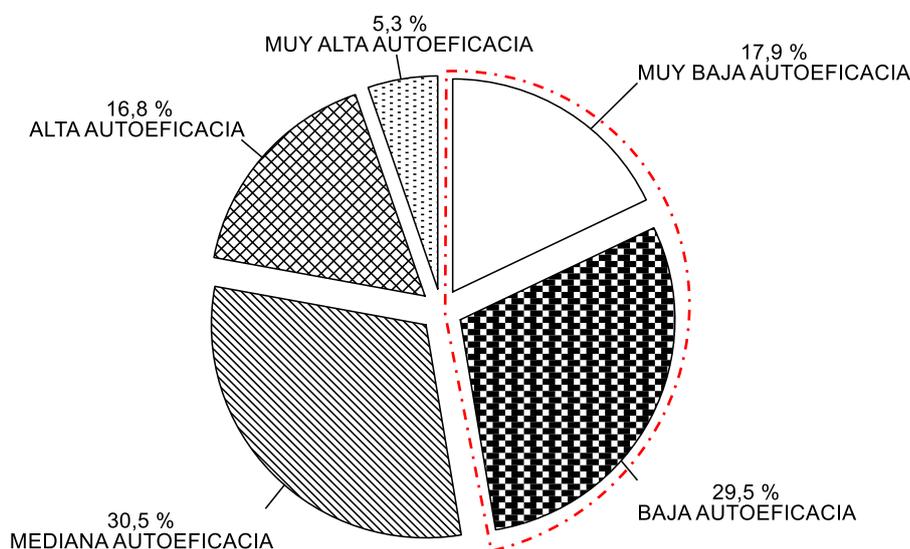
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que; de 95(100 %), 42(44.2 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja autoeficacia en referencia a la competitividad personal.

TABLA 2: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN DETERMINACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja autoeficacia	17	17,9
Baja autoeficacia	28	29,5
Mediana autoeficacia	29	30,5
Alta autoeficacia	16	16,8
Muy alta autoeficacia	5	5,3
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN DETERMINACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

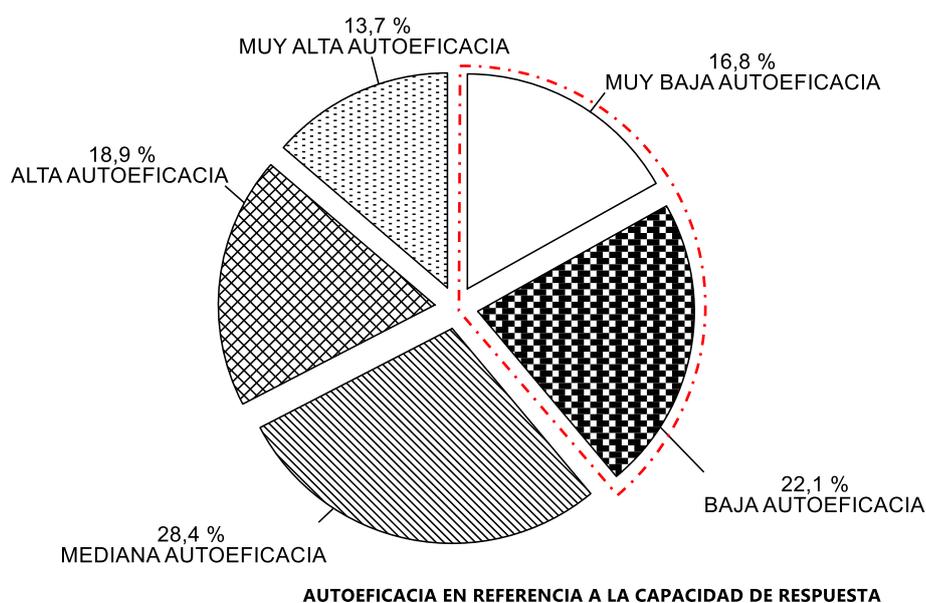
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que; de 95(100 %), 45(47.4 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja autoeficacia en referencia a la determinación personal.

TABLA 3: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja autoeficacia	16	16,8
Baja autoeficacia	21	22,1
Mediana autoeficacia	27	28,4
Alta autoeficacia	18	18,9
Muy alta autoeficacia	13	13,7
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: AUTOEFICACIA EN SU DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

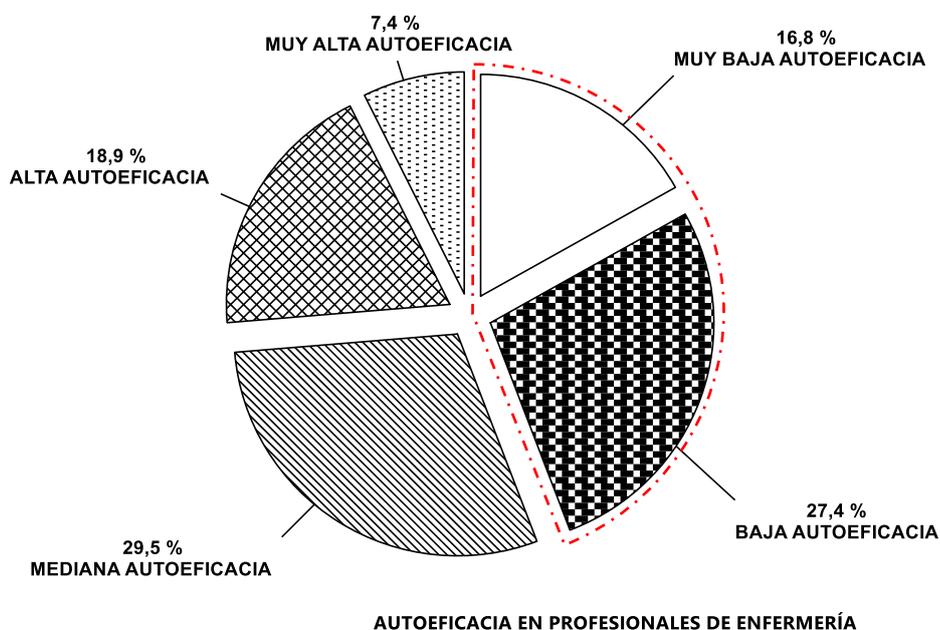
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que; de 95(100 %), 37(38.9 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta personal.

TABLA 4: CONSOLIDADO DE AUTOEFICACIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja autoeficacia	16	16,8
Baja autoeficacia	26	27,4
Mediana autoeficacia	28	29,5
Alta autoeficacia	18	18,9
Muy alta autoeficacia	7	7,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: CONSOLIDADO DE AUTOEFICACIA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 4, Figura 4, se observa que; de 95(100 %), 42(44.2 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja autoeficacia profesional en el ejercicio de la enfermería.

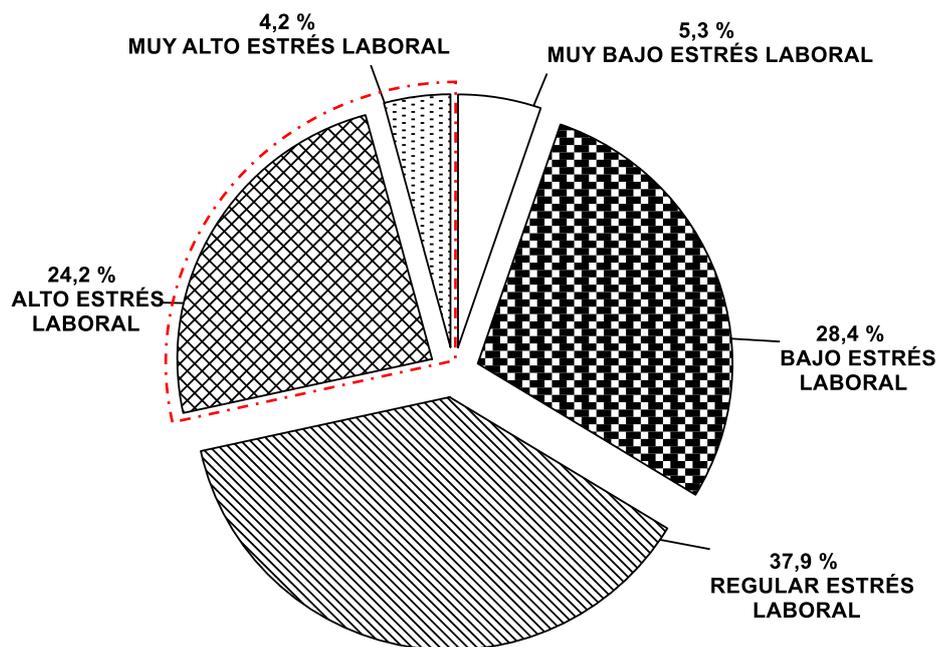
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 5: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	5	5,3
Bajo estrés laboral	27	28,4
Regular estrés laboral	36	37,9
Alto estrés laboral	23	24,2
Muy alto estrés laboral	4	4,2
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

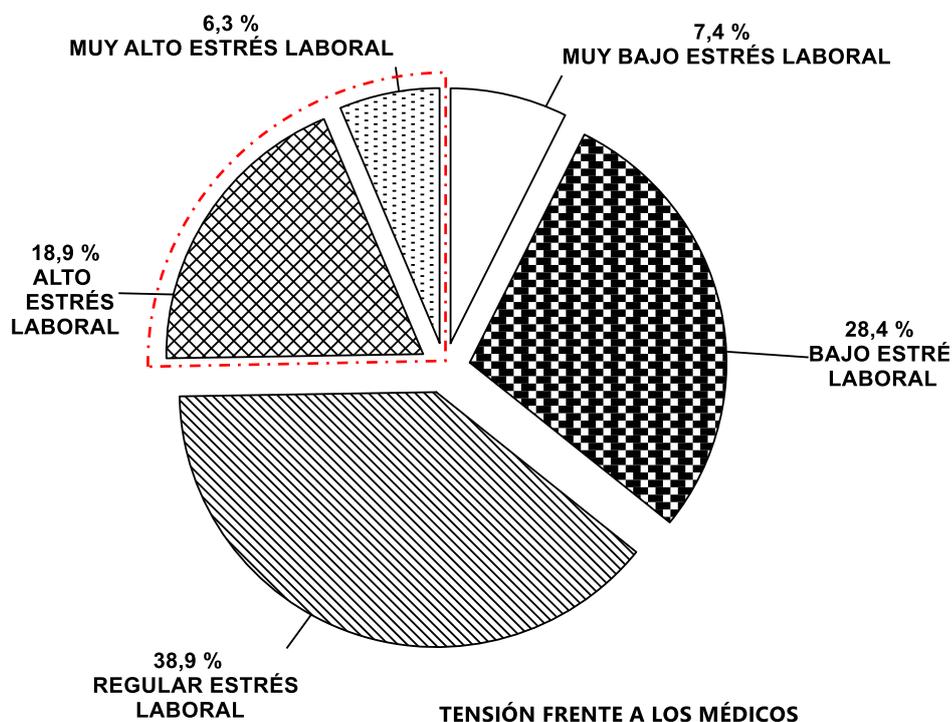
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que; de 95(100 %), 27(28.4 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia al malestar ante el contacto con el dolor y la muerte.

TABLA 6: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	7	7,4
Bajo estrés laboral	27	28,4
Regular estrés laboral	37	38,9
Alto estrés laboral	18	18,9
Muy alto estrés laboral	6	6,3
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

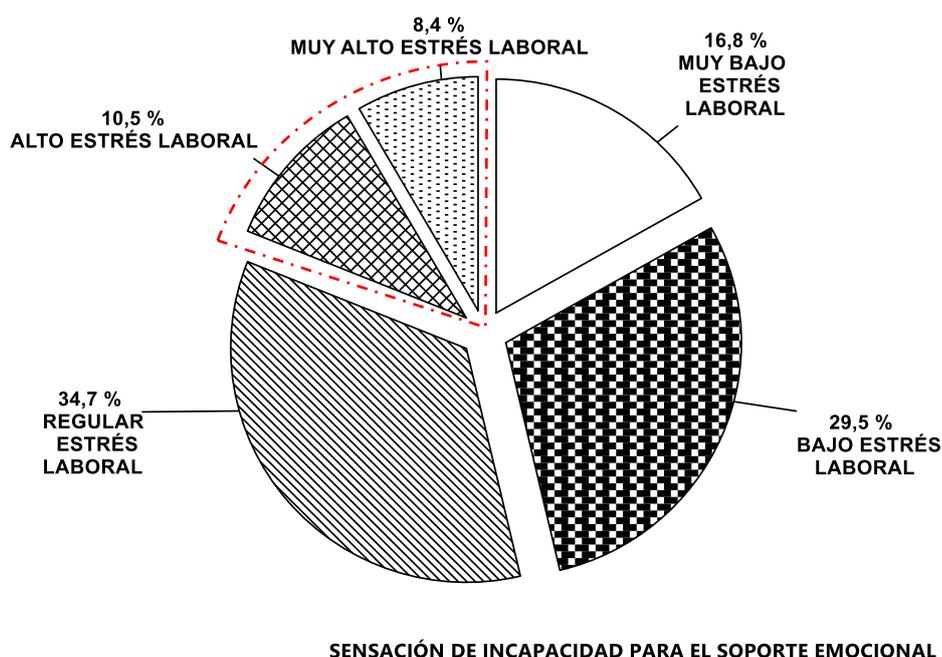
En la Tabla 6, Figura 6, se observa que; de 95(100 %), 24(25.2 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a la tensión frente a los médicos.

TABLA 7: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	16	16,8
Bajo estrés laboral	28	29,5
Regular estrés laboral	33	34,7
Alto estrés laboral	10	10,5
Muy alto estrés laboral	8	8,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

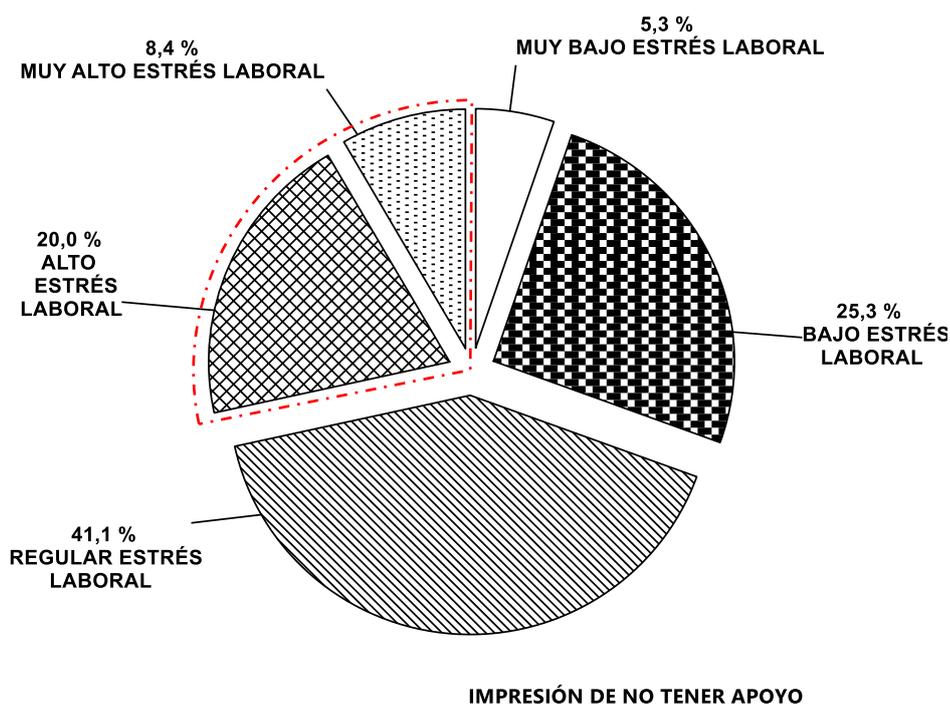
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que; de 95(100 %), 18(18.9 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a la sensación de incapacidad para brindar soporte emocional a los usuarios.

TABLA 8: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	5	5,3
Bajo estrés laboral	24	25,3
Regular estrés laboral	39	41,1
Alto estrés laboral	19	20,0
Muy alto estrés laboral	8	8,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

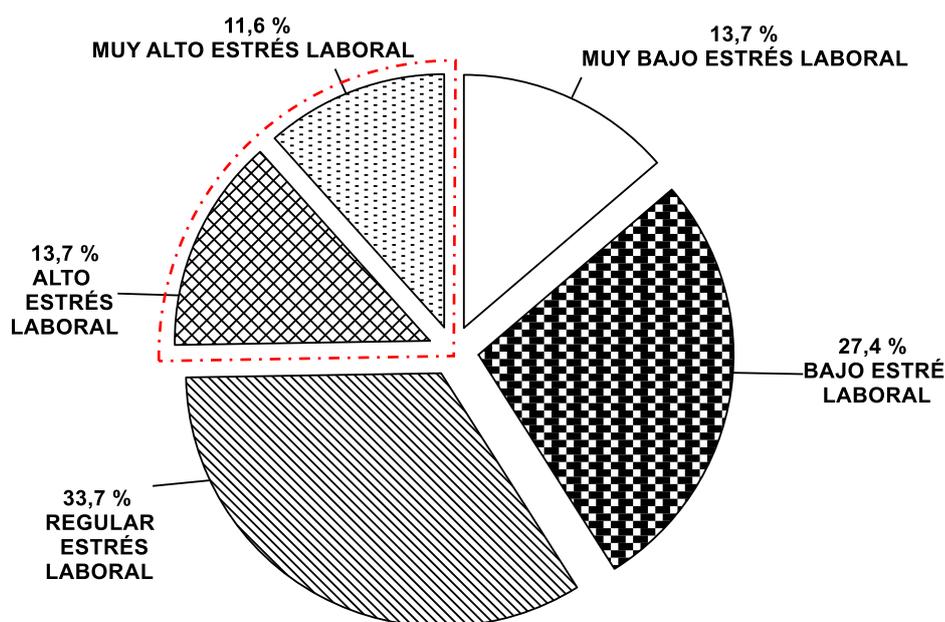
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que; de 95(100 %), 27(28.4 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a la impresión de no tener apoyo en su medio laboral.

TABLA 9: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	13	13,7
Bajo estrés laboral	26	27,4
Regular estrés laboral	32	33,7
Alto estrés laboral	13	13,7
Muy alto estrés laboral	11	11,6
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

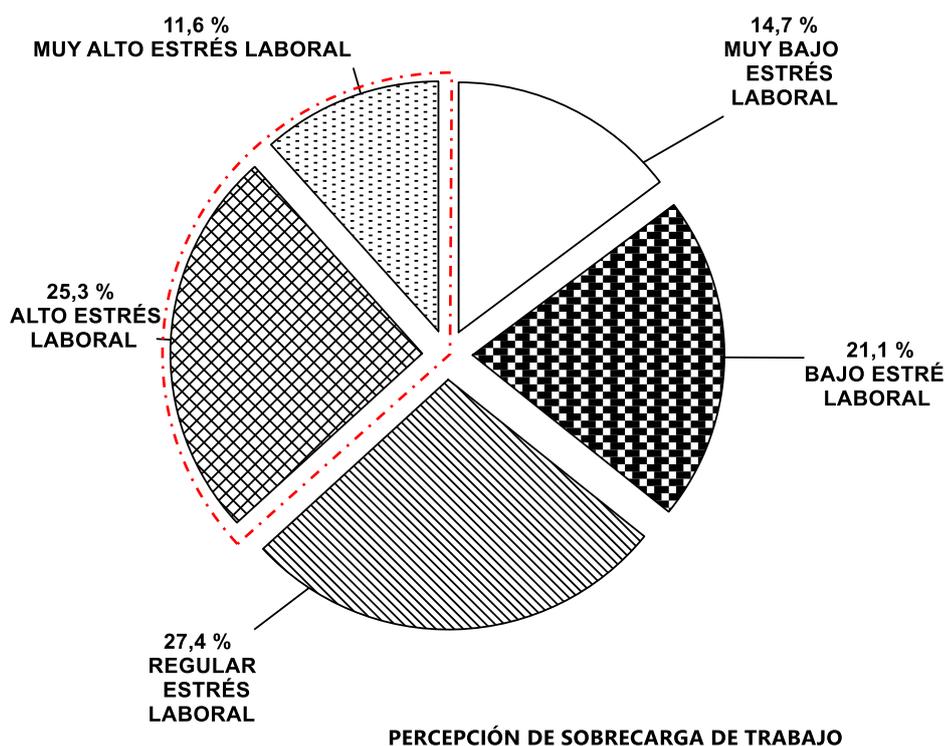
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que; de 95(100 %), 24(25.3 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a la tensión frente a otras enfermeras.

TABLA 10: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	14	14,7
Bajo estrés laboral	20	21,1
Regular estrés laboral	26	27,4
Alto estrés laboral	24	25,3
Muy alto estrés laboral	11	11,6
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

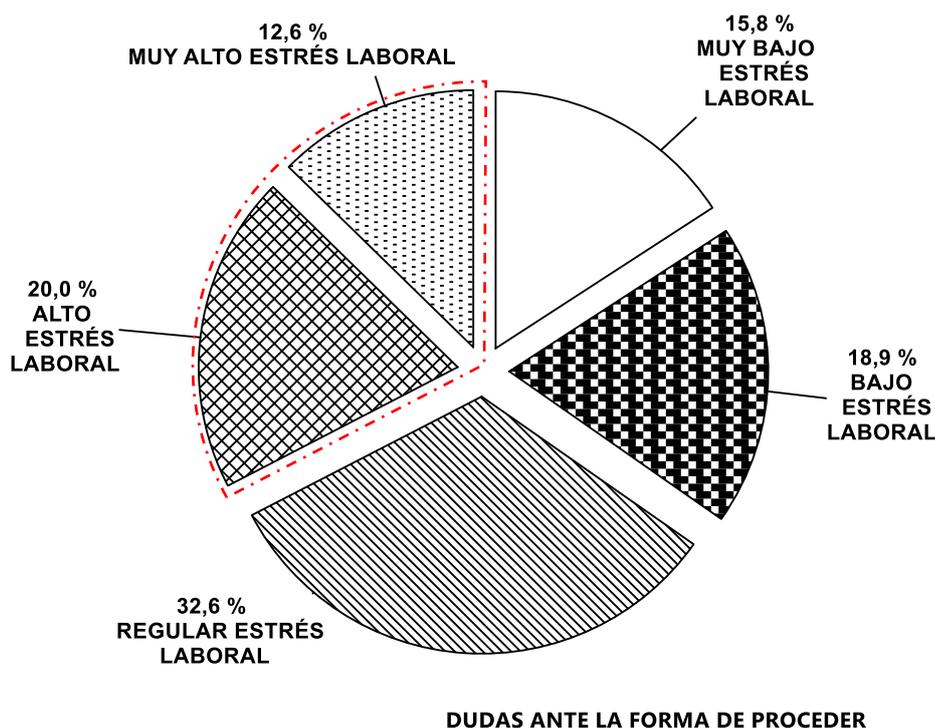
En la Tabla 10, Figura 10, se observa que; de 95(100 %), 35(36.9 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a la percepción de sobrecarga de trabajo.

TABLA 11: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	15	15,8
Bajo estrés laboral	18	18,9
Regular estrés laboral	31	32,6
Alto estrés laboral	19	20,0
Muy alto estrés laboral	12	12,6
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: ESTRÉS LABORAL EN SU DIMENSIÓN DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

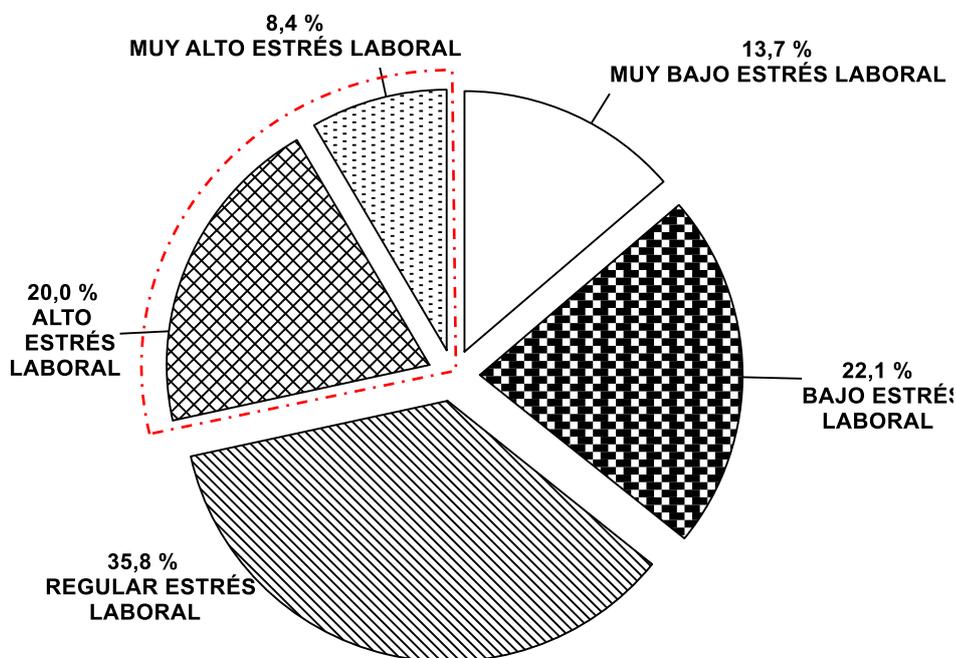
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que; de 95(100 %), 31(32.6 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral en referencia a las dudas ante la forma de proceder.

TABLA 12: CONSOLIDADO DE ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORRED DE SALUD “CHILCA” – 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo estrés laboral	13	13,7
Bajo estrés laboral	21	22,1
Regular estrés laboral	34	35,8
Alto estrés laboral	19	20,0
Muy alto estrés laboral	8	8,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: CONSOLIDADO DE ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORRED DE SALUD “CHILCA” – 2021



ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 12, Figura 12, se observa que; de 95(100 %), 27(28.4 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen alto o muy alto estrés laboral.

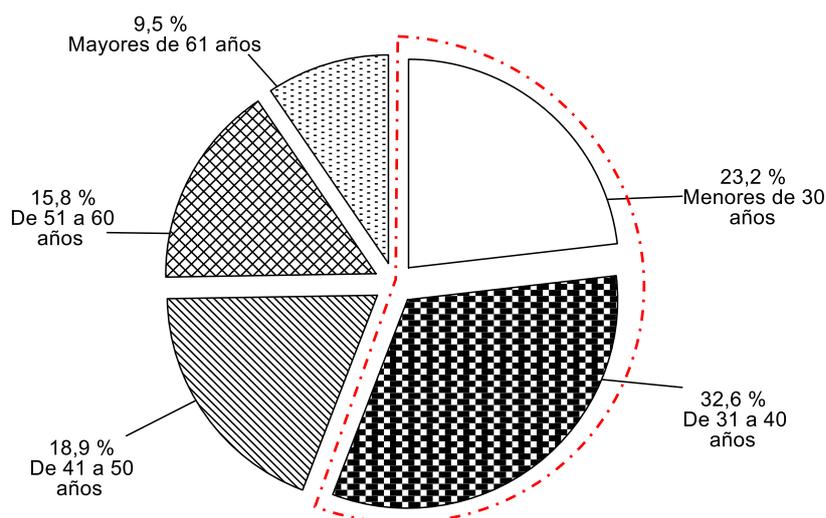
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 13: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 30 años	22	23,2
De 31 a 40 años	31	32,6
De 41 a 50 años	18	18,9
De 51 a 60 años	15	15,8
Mayores de 61 años	9	9,5
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 23: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021



EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

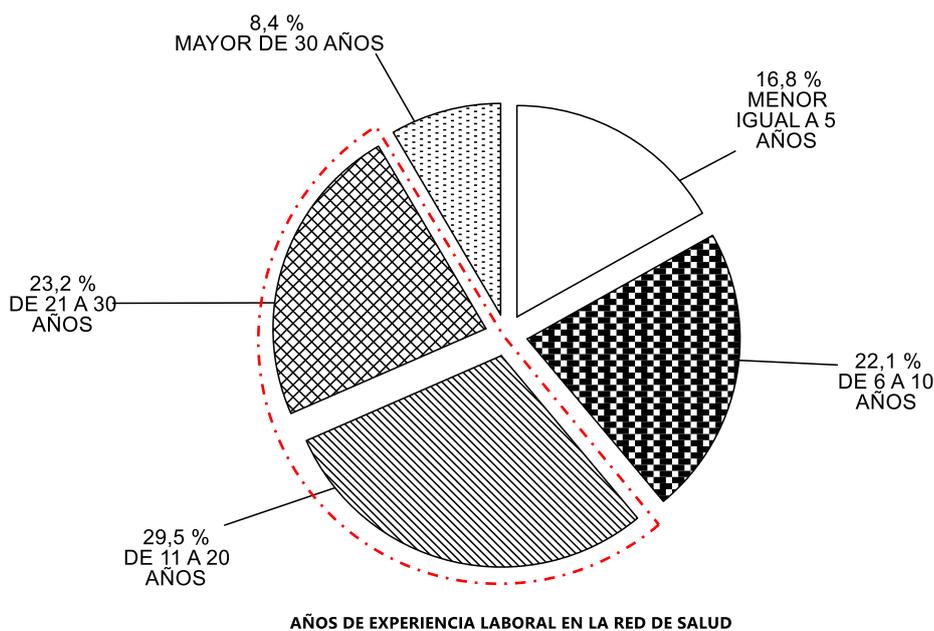
En la Tabla 13, Figura 13, se aprecia que; de 95(100 %), 53(55.8 %) de las enfermeras que laboran en la Microred de Salud “Chilca”, tienen una edad igual o menor de 40 años.

TABLA 14: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Menor igual a 5 años	16	16,8
De 6 a 10 años	21	22,1
De 11 a 20 años	28	29,5
De 21 a 30 años	22	23,2
Mayor de 30 años	8	8,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

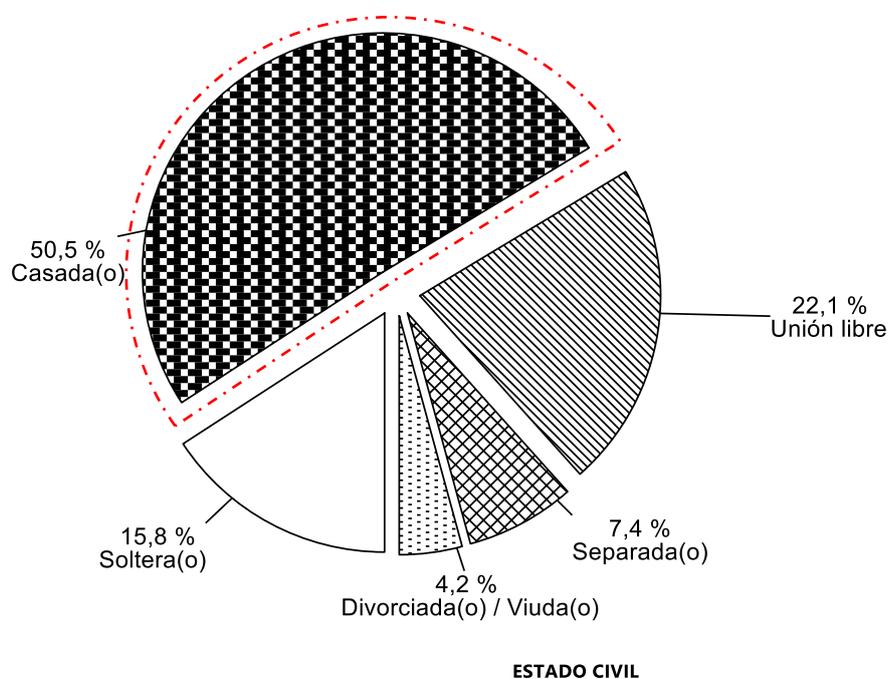
En la Tabla 14, Figura 14, se aprecia que; de 95(100 %), 50(52.7 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen entre 11 y 30 años de experiencia laboral.

TABLA 15: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera(o)	15	15,8
Casada(o)	48	50,5
Unión libre	21	22,1
Separada(o)	7	7,4
Divorciada(o) / Viuda(o)	4	4,2
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 15: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” – 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

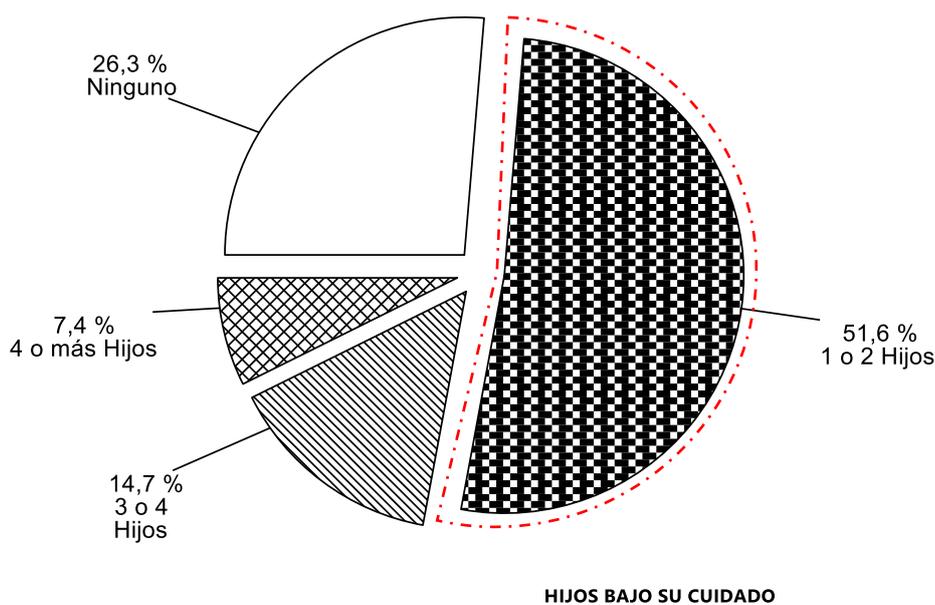
En la Tabla 15, Figura 15, se aprecia que; de 95(100 %), 48(50.5 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, son casadas.

TABLA 16: NÚMERO DE HIJOS MENORES BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	25	26,3
1 o 2 Hijos	49	51,6
3 o 4 Hijos	14	14,7
4 o más Hijos	7	7,4
Total	95	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 16: NÚMERO DE HIJOS MENORES BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

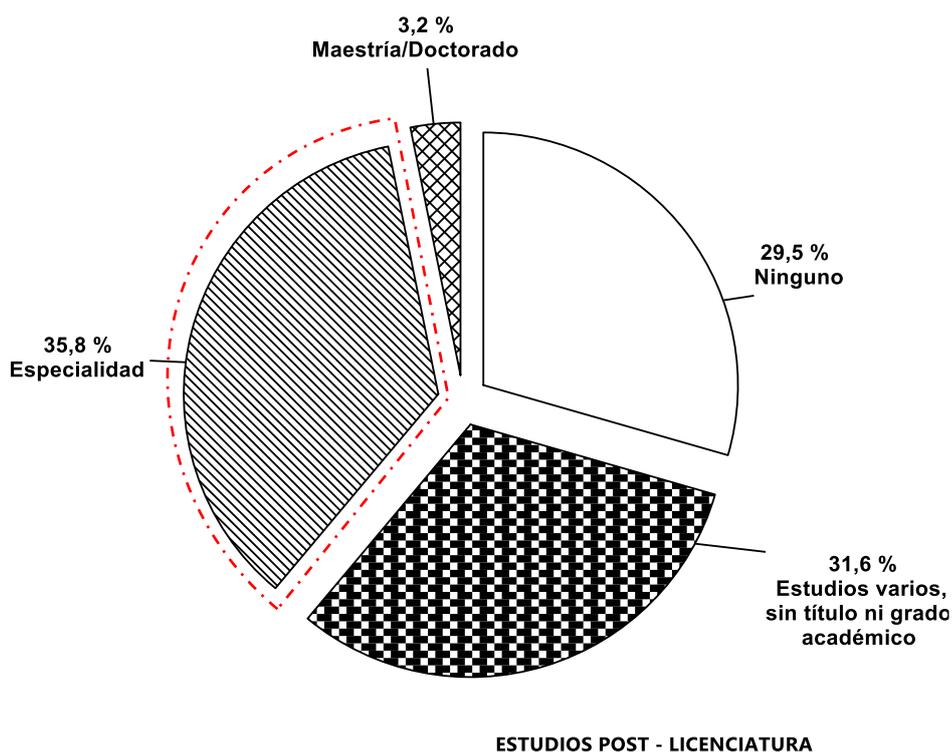
En la Tabla 16, Figura 16, se aprecia que; de 95(100 %), 49(51.6%) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen 1 o 2 hijos menores bajo su cuidado.

TABLA 17: ESTUDIOS POST - LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	28	29,5
Estudios varios, sin título ni grado académico	30	31,6
Especialidad	34	35,8
Maestría/Doctorado	3	3,2
Total	95	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 17: ESTUDIOS POST - LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021



*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

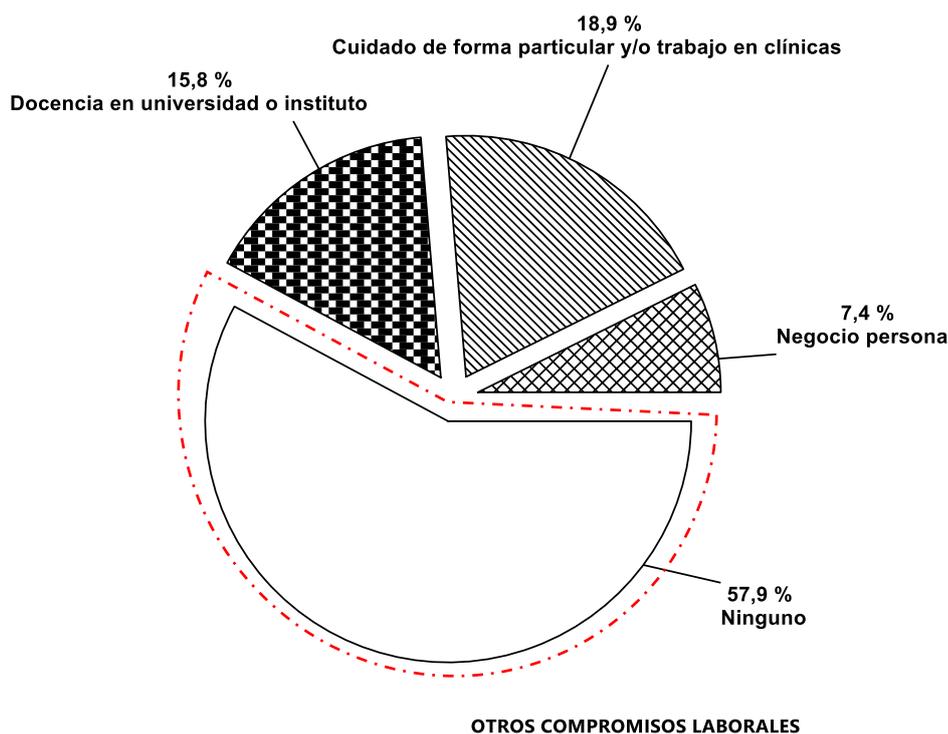
En la Tabla 17, Figura 17, se aprecia que; de 95(100 %), 34(35.8%) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, tienen una especialidad en la carrera.

TABLA 18: OTROS COMPROMISOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	55	57,9
Docencia en universidad o instituto	15	15,8
Cuidado de forma particular y/o trabajo en clínicas	18	18,9
Negocio personal	7	7,4
Total	95	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 18: OTROS COMPROMISOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRORED DE SALUD “CHILCA” - 2021



*Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería que trabajan en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 18, Figura 18, se aprecia que; de 95(100 %), 55(57.9 %) de las enfermeras que trabajan en la Microred de Salud “Chilca”, no tienen otros compromisos laborales particulares a la Microred de salud.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Para definir el tipo de prueba estadística que se empleará para poder verificar a las hipótesis; primero es necesario definir la normalidad de los datos; debido a que, los procedimientos estadísticos paramétricos se basan en la suposición de que el valor de interés tiene una función de distribución en forma de curva de campana. El supuesto de normalidad afirma que la distribución muestral de la media es normal (forma de campana) o que la distribución de medias entre las muestras es normal. Debido a que es preferible utilizar pruebas paramétricas a las no paramétricas, porque las pruebas paramétricas son: más sensibles, poseen mayor potencia, son más específicas y son más robustas (69). En consecuencia, es indispensable realizar la prueba de normalidad.

Existen varios métodos para realizar una prueba de normalidad; pero para este caso, la prueba de Kolmogorov-Smirnov, es la más conveniente; dado que se utiliza cuando el tamaño muestral es igual o mayor a 50 observaciones. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se emplea para definir el grado de ajuste entre los datos obtenidos y una distribución teórica (distribución normal); si la diferencia es grande entonces se deriva que no existe normalidad. Es necesario hacer la corrección de Lilliefors, debido a que la prueba de Kolmogorov-Smirnov, trabaja con valores poblacionales; que no se disponen en la investigación; sin embargo, la corrección de Lilliefors permite trabajar con valores muestrales (70).

En esta prueba se establecen las siguientes hipótesis: H_0 = La distribución acumulada observada es similar a la distribución normal teórica; H_0 = La distribución acumulada observada es diferente a la distribución normal teórica; Si $p \text{ value} \leq 0.05$; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. En consecuencia, el “p value” deberá ser mayor a 0.05 para poder afirmar que existe normalidad en el conjunto de datos de la variable (71).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOEFICACIA Y ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,079	95	,200*	,893	95	,854
ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,083	95	,200*	,872	95	,639

En la Tabla 19, se aprecia para la variable **autoeficacia en profesionales de enfermería** un “p value = 0.200”; que es mucho mayor a 0.05; por lo tanto, no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula “ $H_0 = El conjunto de datos sobre la autoeficacia en profesionales de enfermería posee normalidad$ ”; por consiguiente, podemos manifestar que las observaciones de esta variable tienen normalidad.

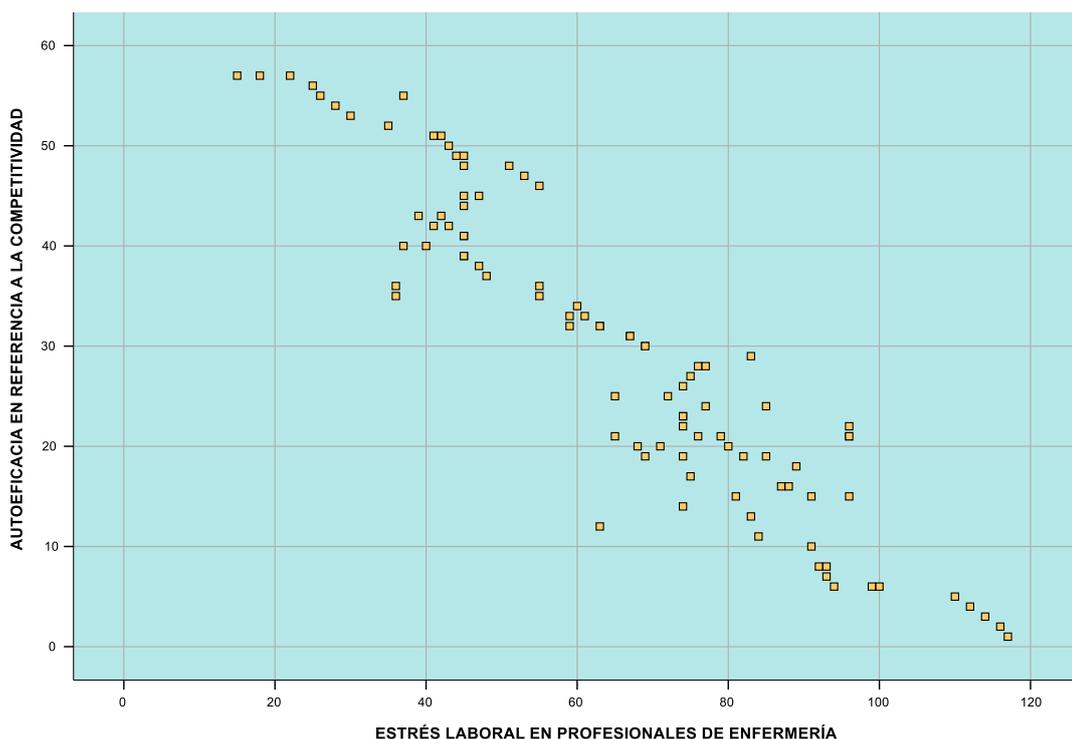
De la misma forma, se aprecia para la variable **estrés laboral en profesionales de enfermería** un “p value = 0.200”; que es mucho mayor a 0.05; por lo tanto, no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula “ $H_0 = El conjunto de datos sobre el estrés laboral en profesionales de enfermería posee normalidad$ ”; por consiguiente, podemos manifestar que las observaciones de esta variable tienen normalidad.

Dado estos resultados; se conviene utilizar; el cálculo del “Coeficiente r de Pearson” y la “Prueba t para correlaciones; que son las pruebas estadísticas paramétricas más apropiadas para la verificación de las hipótesis.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA COMPETITIVIDAD Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para, conocer el grado de asociación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería; realizamos un diagrama de dispersión, para determinar de forma visual el sentido y la intensidad del vínculo de estas variables. Un diagrama de dispersión es una visualización de datos estáticos que se utiliza para investigar si existe una relación entre dos variables que se relacionan con el mismo "evento". El diagrama de dispersión grafica pares de datos numéricos, una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Este gráfico permite determinar con una inspección si existe una relación (correlación) entre dos conjuntos de datos; si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva (72).

FIGURA 3: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA **COMPETITIVIDAD** Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 19, se puede constatar que existe una asociación inversamente proporcional entre la autoeficacia en referencia a la **competitividad** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; bajo esta prueba representativa, es posible manifestar, que; cuando mejora la autoeficacia en su dimensión **competitividad** se reduce el estrés laboral en los profesionales de enfermería.

En esta investigación, se estableció como primera hipótesis específica; que, “A mejor autoeficacia en referencia a la competitividad; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de salud Chilca en el 2021”

Se empleó el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente describe la fuerza de la relación entre dos variables. Es la pendiente de la recta de regresión entre dos variables cuando ambas variables se han estandarizado restando sus medias y dividiendo por sus desviaciones estándar. Evalúa el grado de asociación lineal entre dos variables. El coeficiente puede variar de -1 a 0 a +1. El signo + o - simplemente indica la dirección de la pendiente. Si el coeficiente de correlación es positivo, a medida que una variable aumenta, también lo hace la otra; si es negativo, a medida que uno se hace más grande, el otro se vuelve más pequeño (73). Los resultados se muestran a continuación.

TABLA 2: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA **COMPETITIVIDAD** Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA COMPETITIVIDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,429**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	95

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

En la Tabla 20, se observa que el coeficiente r de Pearson = -0.429. Por la magnitud del coeficiente se demuestra un vínculo moderado inverso entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral. Por el signo del coeficiente; que es negativo, se señala que la asociación es inversa; de manera que: ante el incremento de la magnitud de una variable, disminuye la intensidad de la otra.

Dado que; este coeficiente fue calculado en datos muestrales, de donde solo se pueden obtener estadígrafos y para verificar las hipótesis se requieren datos parámetros (acercarnos a un parámetro “ ρ ” teniendo un estadígrafo “ r ”); se ha tenido que hacer uso del análisis de “ p value” (Sig. bilateral); y como regla de decisión se declara; si el p value es menor a 0.05; entonces “ r ” es muy próximo a “ ρ ”; o sí existe, correlación entre las variables estudiadas en la poblacional. Observando los resultados se encuentra que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que por mucho es menor a 0.05.

Luego de analizar los hallazgos; el valor y el signo de la r de Pearson y la magnitud del p value; se afirma que; ante un incremento de la autoeficacia en referencia a la **competitividad**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería; por consiguiente, damos por confirmada la hipótesis planteada.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Proceso 01: Elección de la prueba estadística

Existe la necesidad de definir si la correlación identificada en la muestra subsiste también en la población. Se decide utilizar la prueba t para coeficientes de correlación, debido a que es la que más de adecua para este tipo de estadígrafo y a la escala de medición empleada en las variables (74).

La prueba t para coeficientes de correlación, responde a la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

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

Tras, el uso de esta fórmula podremos determinar; si el valor encontrado en la investigación de [r = -0, 429] en 95 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral (r).

Proceso 02: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

Proceso 03: Requerimientos para el uso de la prueba

La prueba t para coeficientes de correlación; solo podrá ser utilizada, si se cumplen son los siguientes requerimientos:

- Se garantizó tener una muestra representativa, de donde se extrajeron los datos.
- Existe normalidad en los datos de ambas variables.
- Se incluyó el cero absoluto en la escala de medición empleada en la valoración de las variables.

Se corrobora que todos los requerimientos fueron cumplidos.

Proceso 04: Disposición de un nivel de error

Se elige un valor $\alpha = 0.05$ para todo el estudio

Proceso 05: Definición de las normas de decisión

Valor t tabular

Regla de decisión

Se tiene el valor tabular de la distribución t; bajo las siguientes condiciones:

Se niega la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.985.

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 95 - 2 = 93)$

- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.985 para 93 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Proceso 06: Operación matemática

Procediendo:

$$t = \frac{-0.429 \sqrt{95-2}}{\sqrt{1-0.429^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.429 \sqrt{93}}{\sqrt{1-0.184}} \Rightarrow t = \frac{-0.429*9.644}{0.816}$$

$$\Rightarrow t = \frac{-4.181}{0.903} \Rightarrow = -4.492 \Rightarrow | -4.492 | = 4.492$$

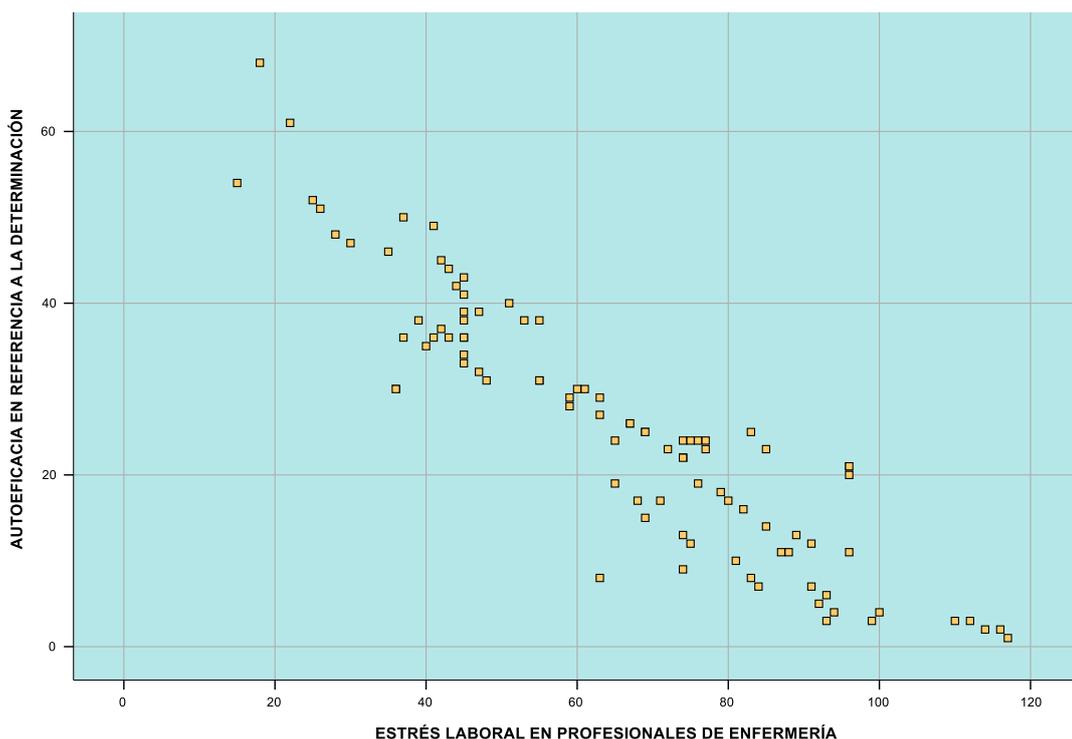
Proceso 07: Interpretación de resultados

Se ha obtenido qué; la t calculada es igual a 4.492, es un valor por mucho mayor a 1.992; y aplicando los criterios de decisión, se niega la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por consiguiente, queda verificada la asociación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para, conocer el grado de asociación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería; realizamos un diagrama de dispersión, para determinar de forma visual el sentido y la intensidad del vínculo de estas variables. Un diagrama de dispersión es una visualización de datos estáticos que se utiliza para investigar si existe una relación entre dos variables que se relacionan con el mismo "evento". El diagrama de dispersión grafica pares de datos numéricos, una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Este gráfico permite determinar con una inspección si existe una relación (correlación) entre dos conjuntos de datos; si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva (72).

FIGURA 4: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 20, se puede constatar que existe una asociación inversamente proporcional entre la autoeficacia en referencia a la **determinación** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; bajo esta prueba representativa, es posible manifestar, que; cuando mejora la autoeficacia en su dimensión **determinación** se reduce el estrés laboral en los profesionales de enfermería.

En esta investigación, se estableció como segunda hipótesis específica; que, “A mejor autoeficacia en referencia a la determinación; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de salud Chilca en el 2021”

Se empleó el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente describe la fuerza de la relación entre dos variables. Es la pendiente de la recta de regresión entre dos variables cuando ambas variables se han estandarizado restando sus medias y dividiendo por sus desviaciones estándar. Evalúa el grado de asociación lineal entre dos variables. El coeficiente puede variar de -1 a 0 a +1. El signo + o - simplemente indica la dirección de la pendiente. Si el coeficiente de correlación es positivo, a medida que una variable aumenta, también lo hace la otra; si es negativo, a medida que uno se hace más grande, el otro se vuelve más pequeño (73). Los resultados se muestran a continuación.

TABLA 3: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA **DETERMINACIÓN** Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA DETERMINACIÓN EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,457** ,000 95

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

En la Tabla 21, se observa que el coeficiente r de Pearson = -0.457. Por la magnitud del coeficiente se demuestra un vínculo moderado inverso entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral. Por el signo del coeficiente; que es negativo, se señala que la asociación es inversa; de manera que: ante el incremento de la magnitud de una variable, disminuye la intensidad de la otra.

Dado que; este coeficiente fue calculado en datos muestrales, de donde solo se pueden obtener estadígrafos y para verificar las hipótesis se requieren datos parámetros (acercarnos a un parámetro “ ρ ” teniendo un estadígrafo “ r ”); se ha tenido que hacer uso del análisis de “ p value” (Sig. bilateral); y como regla de decisión se declara; si el p value es menor a 0.05; entonces “ r ” es muy próximo a “ ρ ”; o sí existe, correlación entre las variables estudiadas en la poblacional. Observando los resultados se encuentra que; la “Sig. Bilateral = 0.00”; que por mucho es menor a 0.05.

Luego de analizar los hallazgos; el valor y el signo de la r de Pearson y la magnitud del p value; se afirma que; ante un incremento de la autoeficacia en referencia a la **determinación**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería; por consiguiente, damos por confirmada la hipótesis planteada.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Proceso 01: Elección de la prueba estadística

Existe la necesidad de definir si la correlación identificada en la muestra subsiste también en la población. Se decide utilizar la prueba t para coeficientes de correlación, debido a que es la que más se adecua para este tipo de estadígrafo y a la escala de medición empleada en las variables (74).

La prueba t para coeficientes de correlación, responde a la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

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

Tras, el uso de esta fórmula podremos determinar; si el valor encontrado en la investigación de $[r = -0,457]$ en 95 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral (r).

Proceso 02: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

Proceso 03: Requerimientos para el uso de la prueba

La prueba t para coeficientes de correlación; solo podrá ser utilizada, si se cumplen son los siguientes requerimientos:

- Se garantizó tener una muestra representativa, de donde se extrajeron los datos.
- Existe normalidad en los datos de ambas variables.
- Se incluyó el cero absoluto en la escala de medición empleada en la valoración de las variables.

Se corrobora que todos los requerimientos fueron cumplidos.

Proceso 04: Disposición de un nivel de error

Se elige un valor $\alpha = 0.05$ para todo el estudio

Proceso 05: Definición de las normas de decisión

Valor t tabular	Regla de decisión
<p>Se tiene el valor tabular de la distribución t; bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 95 - 2 = 93)$- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$). <p>Se define el valor de 1.985 para 93 grados de libertad y 0.025 para dos colas</p>	<p>Se niega la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.985.</p>

Proceso 06: Operación matemática

Procediendo:

$$t = \frac{-0.457 \sqrt{95-2}}{\sqrt{1-0.457^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.457 \sqrt{93}}{\sqrt{1-0.209}} \Rightarrow t = \frac{-0.457*9.644}{0.791}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.454}{0.889} \Rightarrow = -5.008 \Rightarrow | - 5.008 | = 5.008$$

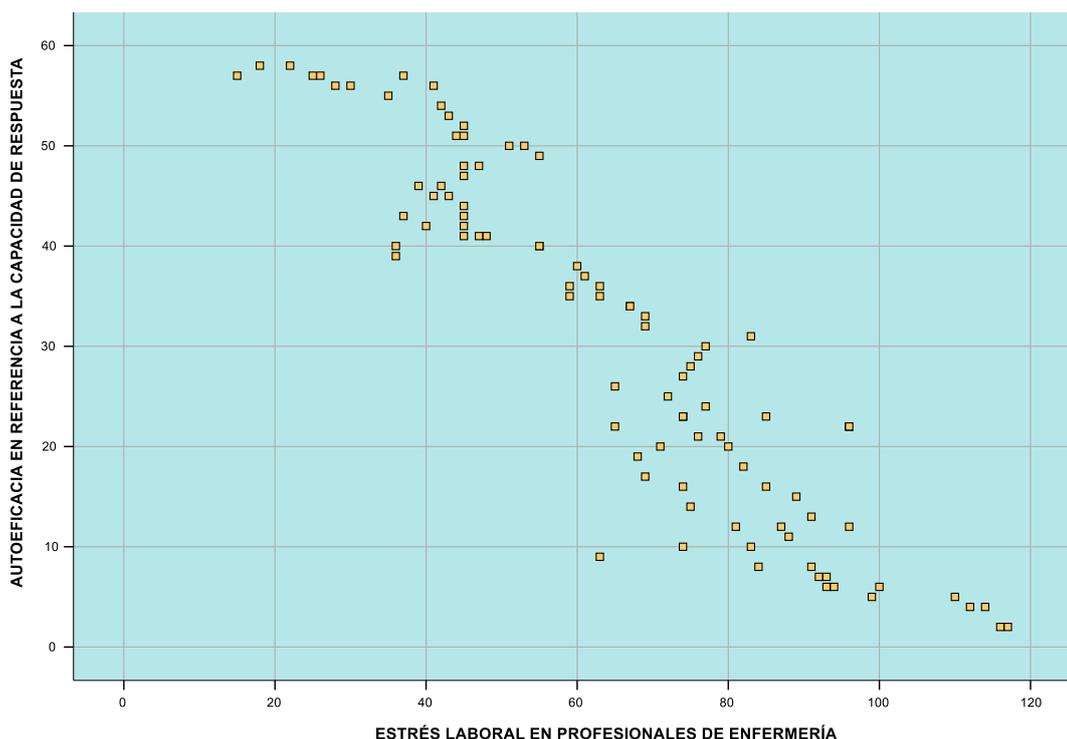
Proceso 07: Interpretación de resultados

Se ha obtenido qué; la t calculada es igual a 5.008, es un valor por mucho mayor a 1.992; y aplicando los criterios de decisión, se niega la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por consiguiente, queda verificada la asociación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para, conocer el grado de asociación entre la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; realizamos un diagrama de dispersión, para determinar de forma visual el sentido y la intensidad del vínculo de estas variables. Un diagrama de dispersión es una visualización de datos estáticos que se utiliza para investigar si existe una relación entre dos variables que se relacionan con el mismo "evento". El diagrama de dispersión grafica pares de datos numéricos, una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Este gráfico permite determinar con una inspección si existe una relación (correlación) entre dos conjuntos de datos; si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva (72).

FIGURA 5: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 21, se puede constatar que existe una asociación inversamente proporcional entre la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; bajo esta prueba representativa, es posible manifestar, que; cuando mejora la autoeficacia en su dimensión **capacidad de respuesta** se reduce el estrés laboral en los profesionales de enfermería.

En esta investigación, se estableció como tercera hipótesis específica; que, “A mejor autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de salud Chilca en el 2021”

Se empleó el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente describe la fuerza de la relación entre dos variables. Es la pendiente de la recta de regresión entre dos variables cuando ambas variables se han estandarizado restando sus medias y dividiendo por sus desviaciones estándar. Evalúa el grado de asociación lineal entre dos variables. El coeficiente puede variar de -1 a 0 a +1. El signo + o - simplemente indica la dirección de la pendiente. Si el coeficiente de correlación es positivo, a medida que una variable aumenta, también lo hace la otra; si es negativo, a medida que uno se hace más grande, el otro se vuelve más pequeño (73). Los resultados se muestran a continuación.

TABLA 4: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
AUTOEFICACIA EN REFERENCIA A LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,468**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	95

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

En la Tabla 22, se observa que el coeficiente r de Pearson = -0.468. Por la magnitud del coeficiente se demuestra un vínculo moderado inverso entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral. Por el signo del coeficiente; que es negativo, se señala que la asociación es inversa; de manera que: ante el incremento de la magnitud de una variable, disminuye la intensidad de la otra.

Dado que; este coeficiente fue calculado en datos muestrales, de donde solo se pueden obtener estadígrafos y para verificar las hipótesis se requieren datos parámetros (acercarnos a un parámetro “ ρ ” teniendo un estadígrafo “ r ”); se ha tenido que hacer uso del análisis de “ p value” (Sig. bilateral); y como regla de decisión se declara; si el p value es menor a 0.05; entonces “ r ” es muy próximo a “ ρ ”; o sí existe, correlación entre las variables estudiadas en la poblacional. Observando los resultados se encuentra que; la “Sig. Bilateral = 0.00”; que por mucho es menor a 0.05.

Luego de analizar los hallazgos; el valor y el signo de la r de Pearson y la magnitud del p value; se afirma que; ante un incremento de la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería; por consiguiente, damos por confirmada la hipótesis planteada.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Proceso 01: Elección de la prueba estadística

Existe la necesidad de definir si la correlación identificada en la muestra subsiste también en la población. Se decide utilizar la prueba t para coeficientes de correlación, debido a que es la que más de adecua para este tipo de estadígrafo y a la escala de medición empleada en las variables (74).

La prueba t para coeficientes de correlación, responde a la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

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

Tras, el uso de esta fórmula podremos determinar; si el valor encontrado en la investigación de $[r = -0,468]$ en 95 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral (r).

Proceso 02: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

Proceso 03: Requerimientos para el uso de la prueba

La prueba t para coeficientes de correlación; solo podrá ser utilizada, si se cumplen son los siguientes requerimientos:

- Se garantizó tener una muestra representativa, de donde se extrajeron los datos.
- Existe normalidad en los datos de ambas variables.
- Se incluyó el cero absoluto en la escala de medición empleada en la valoración de las variables.

Se corrobora que todos los requerimientos fueron cumplidos.

Proceso 04: Disposición de un nivel de error

Se elige un valor $\alpha = 0.05$ para todo el estudio

Proceso 05: Definición de las normas de decisión

Valor t tabular

Regla de decisión

Se tiene el valor tabular de la distribución t; bajo las siguientes condiciones:

Se niega la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.985.

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 95 - 2 = 93)$

- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.985 para 93 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Proceso 06: Operación matemática

Procediendo:

$$t = \frac{-0.468 \sqrt{95-2}}{\sqrt{1-0.468^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.468 \sqrt{93}}{\sqrt{1-0.219}} \Rightarrow t = \frac{-0.468*9.644}{0.781}$$

$$\Rightarrow t = \frac{-4.561}{0.884} \Rightarrow = -5.162 \Rightarrow | - 5.162 | = 5.162$$

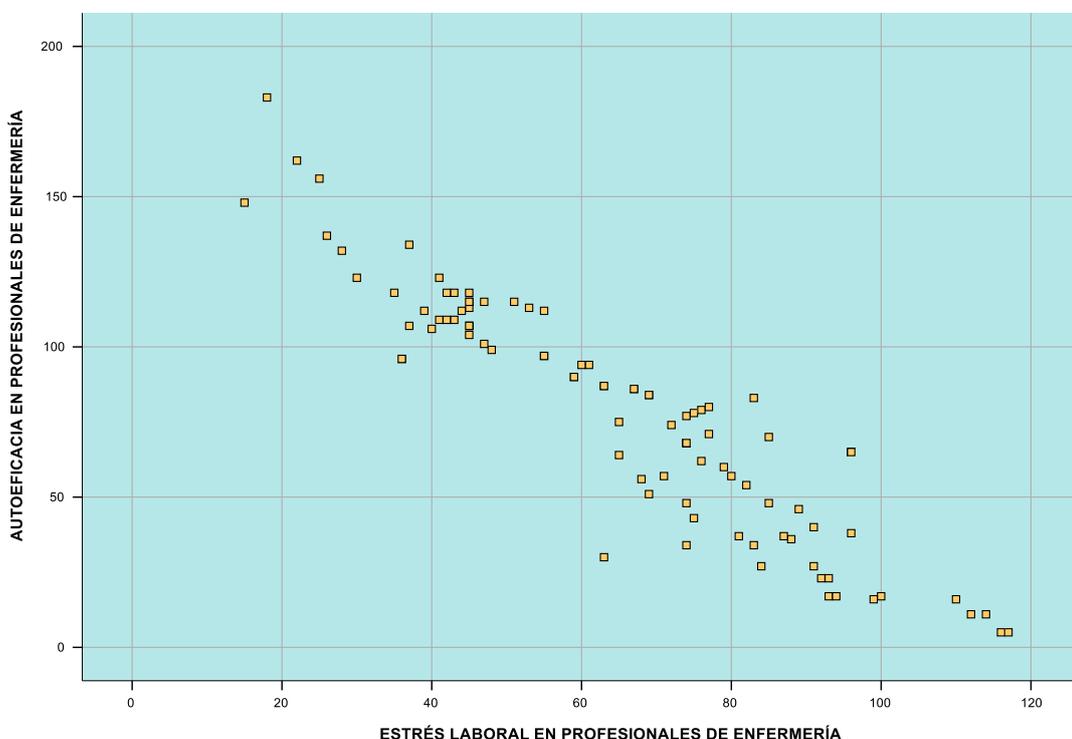
Proceso 07: Interpretación de resultados

Se ha obtenido qué; la t calculada es igual a 5.162, es un valor por mucho mayor a 1.992; y aplicando los criterios de decisión, se niega la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por consiguiente, queda verificada la asociación entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para, conocer el grado de asociación entre la **autoeficacia** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; realizamos un diagrama de dispersión, para determinar de forma visual el sentido y la intensidad del vínculo de estas variables. Un diagrama de dispersión es una visualización de datos estáticos que se utiliza para investigar si existe una relación entre dos variables que se relacionan con el mismo "evento". El diagrama de dispersión grafica pares de datos numéricos, una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Este gráfico permite determinar con una inspección si existe una relación (correlación) entre dos conjuntos de datos; si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva (72).

FIGURA 6: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA **AUTOEFICACIA** Y EL **ESTRÉS LABORAL** EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 22, se puede constatar que existe una asociación inversamente proporcional entre la **autoeficacia** y el estrés laboral en profesionales de enfermería; bajo esta prueba representativa, es posible manifestar, que; cuando mejora la **autoeficacia** se reduce el estrés laboral en los profesionales de enfermería.

En esta investigación, se estableció como tercera hipótesis específica; que, “A mejor autoeficacia; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de salud Chilca en el 2021”

Se empleó el cálculo del coeficiente de correlación r de Pearson; este coeficiente describe la fuerza de la relación entre dos variables. Es la pendiente de la recta de regresión entre dos variables cuando ambas variables se han estandarizado restando sus medias y dividiendo por sus desviaciones estándar. Evalúa el grado de asociación lineal entre dos variables. El coeficiente puede variar de -1 a 0 a +1. El signo + o - simplemente indica la dirección de la pendiente. Si el coeficiente de correlación es positivo, a medida que una variable aumenta, también lo hace la otra; si es negativo, a medida que uno se hace más grande, el otro se vuelve más pequeño (73). Los resultados se muestran a continuación.

TABLA 5: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,451**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	95

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

En la Tabla 22, se observa que el coeficiente r de Pearson = -0.451. Por la magnitud del coeficiente se demuestra un vínculo moderado inverso entre la autoeficacia y el estrés laboral. Por el signo del coeficiente; que es negativo, se señala que la asociación es inversa; de manera que: ante el incremento de la magnitud de una variable, disminuye la intensidad de la otra.

Dado que; este coeficiente fue calculado en datos muestrales, de donde solo se pueden obtener estadígrafos y para verificar las hipótesis se requieren datos parámetros (acercarnos a un parámetro “p” teniendo un estadígrafo “r”); se ha tenido que hacer uso del análisis de “p value” (Sig. bilateral); y como regla de decisión se declara; si el p value es menor a 0.05; entonces “r” es muy próximo a “p”; o sí existe, correlación entre las variables estudiadas en la poblacional. Observando los resultados se encuentra que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que por mucho es menor a 0.05.

Luego de analizar los hallazgos; el valor y el signo de la r de Pearson y la magnitud del p value; se afirma que; ante un incremento de la **autoeficacia**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería; por consiguiente, damos por confirmada la hipótesis planteada.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Proceso 01: Elección de la prueba estadística

Existe la necesidad de definir si la correlación identificada en la muestra subsiste también en la población. Se decide utilizar la prueba t para coeficientes de correlación, debido a que es la que más de adecua para este tipo de estadígrafo y a la escala de medición empleada en las variables (74).

La prueba t para coeficientes de correlación, responde a la siguiente fórmula matemática:

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

Donde:

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

Tras, el uso de esta fórmula podremos determinar; si el valor encontrado en la investigación de [r = -0, 451] en 95 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral (r).

Proceso 02: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es diferente de cero: $\rho \neq 0$

Proceso 03: Requerimientos para el uso de la prueba

La prueba t para coeficientes de correlación; solo podrá ser utilizada, si se cumplen son los siguientes requerimientos:

- Se garantizó tener una muestra representativa, de donde se extrajeron los datos.
- Existe normalidad en los datos de ambas variables.
- Se incluyó el cero absoluto en la escala de medición empleada en la valoración de las variables.

Se corrobora que todos los requerimientos fueron cumplidos.

Proceso 04: Disposición de un nivel de error

Se elige un valor $\alpha = 0.05$ para todo el estudio

Proceso 05: Definición de las normas de decisión

Valor t tabular

Regla de decisión

Se tiene el valor tabular de la distribución t; bajo las siguientes condiciones:

Se niega la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.985.

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 95 - 2 = 93)$

- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.985 para 93 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Proceso 06: Operación matemática

Procediendo:

$$t = \frac{-0.451 \sqrt{95-2}}{\sqrt{1-0.451^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.451 \sqrt{93}}{\sqrt{1-0.203}} \Rightarrow t = \frac{-0.451 * 9.644}{0.797}$$

$$\Rightarrow t = \frac{-4.396}{0.892} \Rightarrow = -4.925 \Rightarrow | -4.925 | = 4.925$$

Proceso 07: Interpretación de resultados

Se ha obtenido qué; la t calculada es igual a 4.925, es un valor por mucho mayor a 1.992; y aplicando los criterios de decisión, se niega la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por consiguiente, queda verificada la asociación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En la investigación hallamos que el 44.2 % de las enfermeras, tienen baja o muy baja autoeficacia profesional en el ejercicio profesional; esto significa que cerca de la mitad de las enfermeras tienen baja confianza en su capacidad para completar con éxito tareas y procesos propios de la carrera considerados como difíciles; eso podría deberse a la sobrecarga laboral, en donde la enfermera tiene que cumplir con múltiples tareas y dispone de poco tiempo para realizarlas; de manera que, la magnitud de las obligaciones afecta sus creencias de poder cumplir sus funciones de manera eficiente. Asimismo, la baja autoeficacia se incrementa debido a la escasa autonomía de la que dispone; al tener poca independencia, iniciativa y libertad relacionada con el trabajo no puede emplear todas sus aptitudes y recursos; y se ve disminuida su eficiencia profesional, que afecta su sentido de autoeficacia. Otro factor que podría estar afectando a la autoeficacia sería la ambigüedad de roles, en donde existe falta de especificidad y previsibilidad de funciones y responsabilidades, a las enfermeras les indican que deben de cumplir ciertas funciones, pero en los contextos reales estos roles difieren o presentan múltiples inconvenientes no previstos; además los eventos extras que deben de enfrentar de forma cotidiana las enfermeras no figuran como parte de su productividad laboral.

De forma similar, DosSantos L, halla que más de la tercera parte de las enfermeras tienen baja autoeficacia profesional; asimismo indica que, el conflicto de roles, así como la ambigüedad de roles, afectan negativamente la autoeficacia; es decir, los entornos con conflicto hacen que los individuos cuestionen sus capacidades. Los sentimientos positivos pueden aumentar tanto la expectativa como la creencia que conduce a un desempeño excelente y resultados deseables como la innovación. Asimismo, la adquisición de autonomía laboral mejora la autoeficacia, al generar mayor creatividad y una mayor determinación positiva de objetivos, que mantienen la motivación, el compromiso y el contrapeso de la tensión laboral de las enfermeras. Es probable que aquellas enfermeras con mayor autoeficacia muestren una mayor capacidad para controlar sus pensamientos y acciones, lo que lleva a consecuencias más positivas, como una mayor satisfacción, un rendimiento superior y una mejor toma de decisiones en el trabajo, además los profesionales de enfermería se enfrentan a un alto nivel de estrés y agotamiento debido a la sobrecarga de responsabilidades, lo que puede provocar un bajo nivel de autoeficacia (75).

Hopkins W, encuentra que el 40 % de las enfermeras presentan deterioro del sentido de autoeficacia para la práctica profesional; uno de los factores principales que vulnera la autoeficacia son los escasos procesos de capacitación en el centro de trabajo; mejorar la autoeficacia de las enfermeras incluye mejorar las habilidades y los conocimientos para comunicar mejor los síntomas, los tratamientos y las posibles soluciones a los pacientes y sus familias. El grado en que la enfermera percibe que ha adquirido conocimientos útiles en el entrenamiento afecta sus percepciones sobre la autoeficacia. Las enfermeras que perciben un mayor nivel de autoeficacia después de haber sido capacitadas tienen más probabilidades de llevar a la práctica todo lo

aprendido. Solo las enfermeras "intrínsecamente motivadas" con una alta participación en el trabajo y una fuerte autoeficacia obtendrán los mejores resultados de los programas de capacitación. El entrenamiento aumenta la autoeficacia y media los efectos del entrenamiento en los resultados. La autoeficacia posterior al entrenamiento hace que las enfermeras reflexionen sobre sus resultados de aprendizaje y concluyan que son "capaces de hacerlo"; y se incrementa la voluntad para la realización (76).

Daugherty K, establece que cerca de la mitad de la mitad de las enfermeras no tienen una favorable percepción de su autoeficacia profesional; la autoeficacia es una característica importante de ser un profesional de la salud en general y una característica importante del liderazgo y la autoconfianza psicológica, que influye en la forma en que las personas se sienten a sí mismas como líderes. Sin embargo, la autoeficacia es fluida y dinámica, lo que afecta la voluntad de un individuo de participar en experiencias de crecimiento de liderazgo. La autoeficacia es un antecedente de la confianza en uno mismo, centrada más en la creencia de una persona de que puede alcanzar un nivel particular de desempeño. La autoeficacia no es de naturaleza global, sino más bien "un conjunto diferenciado de creencias propias vinculadas a distintos ámbitos de funcionamiento". La autoeficacia de una enfermera determina qué objetivos decide perseguir y lleva a decidir qué conocimiento aplicar, cuándo y cómo aplicarlo, y qué nuevas experiencias y situaciones deben perseguirse. Dentro del ámbito laboral aquellas con menor autoeficacia escuchan a aquellas con alta autoeficacia que tienen un fuerte sentido de competencia anímica que inspira a los demás (77).

King K, evidencia que alrededor de la mitad de las enfermeras, tienen la autoeficacia laboral reducida, la autoeficacia es necesaria para alcanzar un buen desempeño de las enfermeras porque crea confianza en su capacidad para completar el trabajo asignado por su supervisor de manera oportuna. La autoeficacia es una autoevaluación, si puede hacer bien o mal, si puede o no funcionar como se indica. Las enfermeras que tienen alta autoeficacia dedicarán todo su esfuerzo y atención a lograr las metas. Alguien que tiene una alta autoeficacia es capaz de hacer algo para cambiar los eventos que lo rodean, mientras que alguien con poca autoeficacia se considera básicamente incapaz de hacer todo lo que le rodea. En situaciones difíciles, las enfermeras que tienen baja autoeficacia tienden a darse por vencidas fácilmente, mientras que las enfermeras que tienen una alta autoeficacia se esforzarán más por superar los desafíos. Asimismo, los programas de capacitación influyen en el nivel de autoeficacia de la enfermera, el contenido de la formación facilita el desarrollo de competencias que mejora los niveles de autoeficacia. La capacidad cognitiva juega un papel trascendente en la autoeficacia de las enfermeras; la autoeficacia posterior al entrenamiento se constituye en la capacidad percibida de las enfermeras para desempeñarse manera óptima (78).

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En la investigación hallamos que el 28.4 % de las enfermeras, tienen alto o muy alto estrés laboral; esto indica que cerca de la tercera parte de las enfermeras tienen problemas físicos y emocionales como respuesta a las exigencias laborales que sobrepasan su disposición de tiempo y recursos disponibles; esto podría deberse a: la sobrecarga de trabajo, la presión emocional, la falta de apoyo y la ambigüedad de roles; que provocan fatiga y actitudes negativas hacia el trabajo en las enfermeras. Asimismo, el estrés laboral podría estar siendo provocado por; las inadecuadas condiciones laborales, con bajas facilidades o posibilidades de tener un destacado desempeño. El estrés en el trabajo estaría suscitado también; por el insuficiente apoyo social, con limitadas relaciones de ayuda en un entorno conflictivo; además, de las nulas o restringidas posibilidades de desarrollo profesional, que impiden el progreso de la posición profesional y el acceso a mejores salarios y beneficios. Así también; podría estar causando estrés laboral, la frecuente intimidación en el lugar de trabajo, que casi siempre pasa por desapercibida, notándose que la enfermera es sometida repetidamente a tratos arbitrarios, que afectan su integridad emocional y trastocan sus procesos cognitivos vulnerando su rendimiento laboral.

De forma similar, Kumar S, Bhalla P, encuentra que alrededor de la tercera parte de las enfermeras presentan estrés laboral; las enfermeras estresadas vivencian emociones desagradables, como ira, tensión, ansiedad, frustración y depresión debido a factores relacionados con el trabajo. El estrés laboral puede desencadenar el agotamiento de la enfermera, lo que da como resultado una disminución del rendimiento, un

debilitamiento del compromiso y un aumento del desgaste de las enfermeras. En el estrés laboral, la enfermera ve alterada su estabilidad emocional que le induce a un estado de desorganización en la personalidad y el comportamiento. Las fuentes de estrés en enfermería, más relevantes son: la sobrecarga de roles, la falta de autonomía, la responsabilidad por los demás, las relaciones interpersonales, la falta de reconocimiento, la evaluación del personal y los recursos inadecuados. Asimismo, la enfermera siempre está en contacto con el dolor y el sufrimiento, también debe lidiar con la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos; también son comunes los conflictos con otras enfermeras y los médicos, así como la falta de claridad en las tareas encomendadas. También son causas de estrés, las condiciones físicas desagradables o peligrosas en el trabajo, como hacinamiento, ruido, contaminación del aire, problemas ergonómicos, así como plazos poco realistas, bajos niveles de apoyo y supervisores arbitrarios (79).

Kwiecień K, Mędrzycka W, Chamienia A, hallan que cerca de la mitad de las enfermeras padecen estrés laboral; el trabajo de una enfermera es complejo y difícil, requiriendo una gran destreza manual al realizar los procedimientos. Una de las mayores causas del estrés de las enfermeras es su falta de preparación para manejar las necesidades emocionales de los pacientes, lo que a su vez genera ansiedad en el personal de enfermería. Los factores estresantes ocupacionales en las enfermeras incluyen: la carga de trabajo, el cuidado de muertos y moribundos, ambigüedad de roles, conflicto con médicos u otras enfermeras, personal insuficiente, horas extraordinarias de trabajo, planificación y logros de la carrera y factores no organizativos. La enfermería es por su propia naturaleza, una ocupación sujeta a un alto grado de estrés, enfrentando día a día el sufrimiento, el duelo y la muerte, y siendo

muchas de sus tareas consideradas rutinarias, poco gratificantes y degradantes; las enfermeras se enfrentan al riesgo de agresiones violentas por parte de los pacientes. Las condiciones ambientales de trabajo como la ventilación incorrecta, la iluminación y los niveles de temperatura inadecuados son algunos de los posibles factores estresantes relacionados con el trabajo. Una correcta ventilación es vital en el entorno de trabajo para que la enfermera inhale aire fresco. La luz adecuada también es fundamental en el lugar de trabajo para que la enfermera vea con claridad y evite algunos accidentes. Las temperaturas adecuadas también son importantes para evitar el estrés por calor y frío en las enfermeras (80).

Itumalla R, evidencia que más del 45 % de los profesionales de enfermería sobrelleva estrés ocupacional; la enfermería es una profesión que tiene altos niveles de estrés, las enfermeras se exponen a una amplia gama de posibles factores estresantes en el lugar de trabajo como: requerimiento de sofisticadas habilidades profesionales, trabajo sincronizado, permanecer en circunstancias de elevada tensión emocional, poca autonomía y realizar trabajos físicamente agotadores. Es común que los pacientes vengan con miedos, dolores y dudas, buscando ayuda, muchos pacientes son violentos, desagradables, exigentes o están gravemente traumatizados, el estado del paciente y sus reacciones generan estrés en las enfermeras que no tienen las aptitudes para manejar el estado emocional del paciente. El trabajo de enfermería en la actualidad se caracteriza por el incremento de las exigencias laborales, la necesidad de aprender nuevas tecnologías, trabajar en turnos ampliados y tener que responder a emergencias en cualquier momento; el exceso de horas trabajadas y el trabajo por turnos con su rutina cambiante exacerban el estrés. Las malas prácticas de gestión y supervisión abruman a las enfermeras, no permiten que tenga un trabajo fluido y vulneran su

autonomía. Otras fuentes de estrés son: las relaciones interpersonales conflictivas entre el personal de enfermería, la falta de liderazgo, la ausencia de incentivos, la reducción de las oportunidades de avance profesional; la ambigüedad y el conflicto de roles (81).

Johan S, Sarwar H, Majeed I, establecen que el estrés laboral afecta a más de la mitad de las enfermeras; el estrés en el lugar de trabajo ha sido reconocido durante mucho tiempo como un desafío para la profesión de enfermería. La enfermería es una profesión de alto estrés que afecta tanto a la salud física como mental de las enfermeras. Los factores estresantes en la enfermera son: la carga de trabajo, la escasez de personal, la falta de apoyo de los supervisores, el conflicto con los compañeros y los médicos, los pacientes y familiares exigentes. Para cuidar de la salud de las personas, las enfermeras deben estar muy atentas, ser cautelosas y activas; deben ser muy hábiles, eficientes y activas, con un conocimiento completo de todos los equipos y materiales para que cualquier desafío técnico o tecnológico pueda manejarse bien en el momento adecuado. Las enfermeras deben tener conocimientos y capacitación especializados, para brindar una atención de alta calidad a los pacientes. Las enfermeras enfrentan mucho estrés mientras trabajan en entornos de alta presión. El estrés puede deberse también a la presencia de ambientes poco ergonómicos, a la escasez de equipos, y la falta de materiales (82).

6.3. RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y EL ESTRÉS LABORAL

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación r de Pearson moderado negativo entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería ($r = -0,451$); esto significa que, ante un incremento de la autoeficacia, disminuye el estrés laboral en las enfermeras; este resultado podría fundamentarse en qué; la autoeficacia determina el esfuerzo y la forma en que las enfermeras responden ante las situaciones estresantes, un mayor esfuerzo, creatividad y pro actividad lleva a controlar los eventos estresantes. Las enfermeras que creen en sus capacidades profesionales, toman la situación difícil como un reto y afrontan el problema de forma constructiva y así reducen el impacto del evento sobre su equilibrio emocional y físico. Las enfermeras con elevada autoeficacia, buscan permanentemente el modo de resolver las situaciones estresantes en el trabajo; no solo se limitan a soportarla o esperar de forma pasiva que la situación se resuelva de manera espontánea o por la acción de los demás. Las enfermeras con alta autoeficacia profesional evalúan de forma objetiva la situación en busca de soluciones, identificando y aprovechando sus fortalezas y las oportunidades; ponen en práctica su capacidad resolutive y creativa.

Mahdizadeh J, Daihimfar F, Kahouei M, encuentran que existe una mediana asociación negativa (factor de correspondencia de Pearson = -0.57); las enfermeras con alta autoeficacia eligen objetivos más desafiantes o moderadamente difíciles, se sienten más relajadas, creen más en sí mismos y muestran esfuerzos más insistentes estas características hacen que presentes niveles de estrés más bajos, ya que pueden afrontar eficientemente cualquier momento crítico. La creencia de la enfermera en que tiene más capacidad para tener éxito en el trabajo, hace que trabajen más activamente,

se esfuercen, sean capaces de superar situaciones laborales difíciles y sean más creativas al completar el trabajo, de esta manera reducen la posibilidad que surja el estrés. La enfermera con autoeficacia ocupacional cree que puede esforzarse más para superar los desafíos en el trabajo. La autoeficacia ocupacional motiva a las enfermeras a completar su trabajo y aumentar la productividad laboral. La ansiedad y la baja confianza de las enfermeras pueden verse influidas por la autoeficacia ocupacional. Cuando surgen problemas laborales, un alto sentimiento de autoeficacia ocupacional anima a las enfermeras a mantenerse a flote y a conservar la calma para encontrar soluciones en la realización de sus tareas, de este modo es controlado el estrés (12).

Zaki R, halla que existe asociación inversa significativa entre la autoeficacia y el estrés (r de Spearman = - 0.47): asimismo evidencian que la autoeficacia es un factor clave en enfermería que puede llevarlos a sentirse seguros de desempeñarse bien en situaciones complejas; a medida que las enfermeras se enfrentan a situaciones difíciles y las dominan, su confianza y autoeficacia aumentan; considerando que la enfermería es, por su propia naturaleza, una ocupación sujeta a un alto grado de estrés; todos los días, la enfermera se enfrenta al sufrimiento, el dolor y la muerte, como pocas personas lo hacen, muchas tareas de enfermería son poco gratificantes, incluso desagradables y algunos son atemorizantes; es necesario que la enfermera posea un elevado grado de autoeficacia para sobrellevar estas circunstancias. La enfermera que tenga una alta autoeficacia ocupacional se sentirá confiada en su capacidad para realizar con éxito los diversos trabajos encontrados, las enfermeras que tienen baja autoeficacia ocupacional, que solo dominan tareas específicas, intentarán trabajos que se sientan capaces de hacer y evitarán trabajos que estén más allá de sus capacidades o habilidades (13).

Hani R, Elsayed A, establecen que existe correlación estadísticamente significativa inversa entre la autoeficacia del personal de enfermería y su estrés hacia el entorno. Las enfermeras con baja autoeficacia tienen baja autoestima y son pesimistas acerca de sus logros. La baja autoeficacia se asocia con sentimientos de depresión, ansiedad e impotencia que intensifican al estrés. Las enfermeras con mayor autoeficacia reportan una mayor capacidad de recuperación frente a condiciones de trabajo desafiantes. La autoeficacia de las enfermeras es una fuente importante de motivación y compromiso. Las enfermeras con menor autoeficacia experimentan mayores niveles de estrés laboral y mayores dificultades en el cuidado. Las percepciones subjetivas de demanda, control y autoeficacia son los principales mediadores de las reacciones de estrés. La autoeficacia afecta la capacidad y la voluntad de una enfermera para ejercer el control; las enfermeras con alta autoeficacia, que tienen confianza en su capacidad para ejercer el control, tienen mejores resultados conductuales y psicológicos en situaciones de alta demanda. Sin embargo, las enfermeras pueden desanimarse cuando sus creencias de eficacia se ven desafiadas por la incontrolabilidad objetiva de una situación (14).

Rahman A, Kamariah N, encuentran que la autoeficacia profesional es un predictor significativo del estrés laboral hallando también que un bajo sentido de autoeficacia incrementa 3.45 veces la probabilidad de estrés laboral en los profesionales de enfermería (OR = 3.45), la autoeficacia modera las relaciones entre las horas de trabajo, la sobrecarga cuantitativa y el significado de la tarea con algunas variables de tensión como como insatisfacción laboral, síntomas físicos, propensión a irse y escaso compromiso organizacional. Las enfermeras con poca confianza en sus competencias pueden sentirse angustiadas por la responsabilidad de hacer frente a las demandas que

se derivan del control. La falta de confianza en la propia competencia es un factor crítico en el desarrollo del agotamiento. La autoeficacia mejora la capacidad de afrontamiento a una amplia gama de situaciones exigentes o novedosas. La autoeficacia representa la confianza en que uno puede emplear las habilidades necesarias para hacer frente a las tareas específicas del trabajo y hacer frente a los desafíos específicos del trabajo, el estrés relacionado con el trabajo y sus consecuencias. Las enfermeras con baja autoeficacia albergan pensamientos pesimistas sobre sus logros futuros y su desarrollo personal; las creencias de autoeficacia son de carácter prospectivo y operativo (es decir, se refieren a las capacidades potenciales de una enfermera y sus acciones futuras). La autoeficacia impulsa la recuperación del estrés laboral; las creencias de eficacia facilitan la adaptación de las enfermeras a los cambios en la organización; la autoeficacia reduce la tensión de las enfermeras (15).

Moon H, Jung M, y Noh W, evidencian que la mayor autoeficacia de las enfermeras reduce la incidencia de estrés laboral; asimismo la autoeficacia es un determinante crucial del desempeño, ya que las enfermeras con un alto nivel de autoeficacia tendrán un mayor grado de tolerancia a los obstáculos del estrés en el lugar de trabajo. Las enfermeras con un alto nivel de autoeficacia podrán reducir sus niveles de estrés y ansiedad y rendir a un nivel de expectativa más alto, que eventualmente conducirá a un mejor rendimiento laboral. En la misma nota, la autoeficacia impactó el desempeño laboral y es un determinante ascendente para alentar a las enfermeras a un alto desempeño laboral. La medida en que una enfermera cree que puede manejar de manera efectiva los factores estresantes que encuentra, como un factor interviniente para evitar el agotamiento. La autoeficacia del manejo del estrés describe cómo una

enfermera cree que puede lidiar con el estrés que encuentra a medida que avanza en su vida profesional. Esta creencia se ve afectada por la experiencia de la vida anterior, sus observaciones del comportamiento de los demás y la retroalimentación proporcionada hacia y desde otras enfermeras. Aquellas enfermeras que previamente han encontrado dificultades para manejar el estrés, o que han visto a otros luchar con eventos estresantes similares, tienen muchas más probabilidades de tener problemas con la autoeficacia del manejo del estrés. Aquellos que han recibido comentarios negativos con respecto a su capacidad para lidiar con el estrés también son significativos. Es más probable que tenga problemas con la autoeficacia del manejo del estrés. Aquellas enfermeras que previamente han manejado el estrés de manera efectiva tienen significativamente mayor manejo del estrés (16).

Daugherty K, encuentra que existe un cambio estadísticamente significativo en el nivel de estrés tras la participación en un programa de mejora de la autoeficacia. La autoeficacia genera motivación, habilidad cognitiva y reduce la acción emocional y la tensión que eran necesarias para hacer frente a las demandas situacionales. Por lo tanto, los individuos con baja autoeficacia tendían a ser menos adaptables al enfrentar ciertos problemas o deberes. Sólo la enfermera con baja autoeficacia tiende al estrés y al agotamiento; el estrés se produce debido a la baja autoeficacia para controlar cualquier amenaza proveniente de un entorno difícil. La autoeficacia y el optimismo disposicional debilitan al estrés. La autoeficacia en el entorno laboral, esto puede traducirse en una mayor productividad y una mayor sensación de bienestar. Cuando las enfermeras sienten que su esfuerzo está contribuyendo a lograr los objetivos de la organización, están dispuestas a participar en más objetivos relacionados con el trabajo; los altos niveles de autoeficacia contribuyen a altos niveles de desempeño y

motivación personal; mejorar la autoeficacia aumenta el compromiso. La falta de habilidades para completar una tarea, las limitaciones de tiempo, los factores ambientales y situacionales, así como los conflictos interpersonales, pueden actuar como factores estresantes en el lugar de trabajo. La autoeficacia también se ve afectada por factores situacionales y estresantes dentro de las organizaciones; el estrés puede ser el resultado de sentirse atrapado en un rol organizacional frustrante y poco gratificante (17).

CONCLUSIONES

1. Cuando mejora la autoeficacia en referencia a la **competitividad**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderada negativa; - 0.429)
2. Cuando mejora la autoeficacia en referencia a la **determinación**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderada negativa; - 0.457)
3. Cuando mejora la autoeficacia en referencia a la **capacidad de respuesta**, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderada negativa; - 0.468)
4. De forma general; cuando mejora la autoeficacia, disminuye el estrés laboral en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderada negativa; - 0.451)

RECOMENDACIONES

1. Existe la necesidad de desarrollar programas de entrenamiento y asesoría, que fortalezcan la creencia personal de la enfermera; sobre la posesión de suficientes capacidades profesionales, para ofrecer servicios de enfermería de calidad.
2. Es favorable desarrollar programas de formación que consoliden la creencia personal de la enfermera; en su capacidad para mantener un pensamiento firme y una voluntad persistente hasta el logro de los propósitos del cuidado de enfermería.
3. Es conveniente desarrollar programas de adiestramiento que afiancen la creencia personal de la enfermera; en su aptitud para responder de forma adecuada y proporcionada ante las diversas contingencias surgidas en su medio laboral.
4. Es necesario implementar programas que fortalezcan la autoeficacia profesional en las enfermeras; para que puedan emplear todos sus conocimientos y habilidades en el adecuado manejo de eventos complejos de su entorno laboral; y de esta forma se pueda reducir y controlar los eventos estresantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Handiyani H, Karmila R. Nurses' self-efficacy in Indonesia. 2019; 29(2): p. 82 - 93.
2. Andani B. Stres Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap dan Ruang Rawat Intensif. *Health Care Management Review*. 2015; 40(2): p. 125 - 137.
3. Yao Y, Zhao S, Gao X, An Z, Wang S, Li H, et al. General self-efficacy modifies the effect of stress on burnout in nurses with different personality types. *BMC Health Services Research*. 2018; 18(1): p. 667 - 672.
4. Fida R, Laschinger H, Leiter MP. The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Management Review*. 2018; 43(1): p. 21 - 29.
5. Carvalho M, Ramalhal T, Lucas PB. Self-efficacy of nurses as clinical leaders – scoping review. *Annals of Medicine*. 2019; 51(2): p. 202 - 212.
6. Hae P. The Effect of Nurse's Coaching Leadership on Self-Efficacy, Job Engagement and Innovative Behavior in Hospital. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2018; 18(9): p. 260 - 272.
7. Elainy C. Impacto da resiliência e da autoeficácia sobre burnout em profissionais de enfermagem. [Tesis]. Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Saúde; 2015.
8. Rodríguez L. Estrés, emociones, afrontamiento y autoeficacia en personal de enfermería del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Huajuapán de León, Oaxaca. [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2017.
9. Milla E. Calidad de vida profesional y autoeficacia del personal de enfermería en una clínica privada. [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post Grado; 2017.
10. Chipana M. Nivel de estrés laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras de un Hospital del MINSA de Chanchamayo. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Posgrado; 2016.
11. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. 1st ed. New York: Freeman; 1997.
12. Mahdizadeh J, Daihimfar F, Kahouei M. The relationship of job stress with self-efficacy among nurses working in hospitals of Semnan University of Medical Sciences, Iran. *Bioscience Biotechnology Research Communications*. 2016; 9(3): p. 435 - 438.

13. Zaki R. Job Stress and Self- Efficacy among Psychiatric Nursing Working in Mental Health Hospitals at Cairo, Egypt. *Journal of Education and Practice*. 2016; 7(20): p. 103 - 113.
14. Hani R, Elsayed A. Stress and self efficacy among nurses in neonatal intensive care units. *International Journal of Research*. 2017; 5(2): p. 237 - 251.
15. Rahman A, Kamariah N. The effect of role stress, job satisfaction, self-efficacy and nurses' adaptability on service quality in public hospitals of Wajo. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 2017; 9(2): p. 218 - 228.
16. Moon H, Jung M, y Noh W. Convergence study of relation between job stress and self-efficacy of nurses. *Journal of Convergence for Information Technology*. 2019; 9(3): p. 146 - 151.
17. Daugherty K,. Self-Efficacy in Emerging Nurse Leaders: The Effects of a Virtual Community of Practice on Nurse Educators in a New Practice Role. [Tesis]. Washington University, Faculty of the School of Nursing; 2019.
18. Ardakani M, Sharifabad M, Bahrami M, Abargouei A. The effect of communication skills training on the self-efficacy of nurses: a systematic review and meta-analysis study. *Bali Medical Journal*. 2019; 8(1): p. 144 - 152.
19. Wilson M. Relationship Between Self-Efficacy and Work Experience in Baccalaureate Junior and Senior Level Nursing Students. [Tesis]. The University of Akron, School of Nursing; 2017.
20. Huaman M. Autoeficacia relacionado al estrés laboral en el personal de enfermería que labora en el "servicio de emergencia del hospital regional de Ica. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2018.
21. Cabana I, Delgado J,. Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara Essalud. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería ; 2017.
22. Van D , Siedlecki S, Fitzpatrick J. Frontline nurse managers' confidence and self-efficacy. *J Nurs Manag*. 2016; 24(4): p. 533 - 539.
23. M. C. Self-efficacy, stress, and social support in retention of student registered nurse anesthetists. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 2015; 83(2): p. 133 - 138.
24. Cziraki K, Read E, Spence L, Wong C. Nurses' leadership self-efficacy, motivation, and career aspirations. *Leadersh Health Serv*. 2018; 31(1): p. 47 - 61.

25. Winslow S, DeGuzman P, Kulbok P, Jackson S. Nurses' self-efficacy and academic degree advancement. *J Nurses Prof Dev.* 2014; 30(3): p. 110 - 116.
26. Alavi A, Bahrami M, Zargham A, Yousefy A. Characteristics of caring self-efficacy in pediatric nurses: a qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs.* 2015; 20(3): p. 157 - 164.
27. Watters C, Reedy G, Ross A, Morgan N, Handslip R, Jaye P. Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open.* 2015; 5(1): p. 67 - 75.
28. Holloway A, Watson H. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(2): p. 106 - 115.
29. Wang L, Tao H, Bowers B, Brown R, Zhang Y. Influence of Social Support and Self-Efficacy on Resilience of Early Career Registered Nurses. *West J Nurs Res.* 2018; 40(5): p. 648 - 664.
30. Hagman L. Cultural self-efficacy of licensed registered nurses in New Mexico. *J Cult Divers.* 2006; 13(2): p. 105 - 112.
31. Vargas J, Molino C, Shellman J, Cantero G, Bernal H. The level of cultural self-efficacy among a sample of Spanish nurses in southeastern Spain. *J Transcult Nurs.* 2006; 17(2): p. 164 - 170.
32. Calderón J, Laca F. La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar. *Psicología y Salud.* 2017; 27(1): p. 71 - 78.
33. Yada H, Kobayashi M, Odachi R, Yamane T. Factors Relating to Self-Efficacy Among Psychiatric Nurses. *Journal of the University of Occupational and Environmental Health.* 2017; 39(3): p. 229 - 234.
34. Li J, He Z, Luo Y, Zhang R. Perceived Transcultural Self-Efficacy of Nurses in General Hospitals in Guangzhou, China. *Nurs Res.* 2016; 65(5): p. 371 - 379.
35. DelRío B, Solanes Á, Martínez F, Benavides G1. Stress in nurses: The 100 top-cited papers published in nursing journals. *J Adv Nurs.* 2018; 74(7): p. 1488 - 1504.
36. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Western Journal of Nursing Research.* 2010; 24(2): p. 126 - 137.
37. Harris N. Management of work-related stress in nursing. *Nursing Standard.* 2001; 16(10): p. 47 - 52.
38. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Llic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2015; 12(1): p. 652 - 666.

39. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22(2): p. 2614 - 2624.
40. Oermann M. Work-Related Stress of Clinical Nursing Faculty. *Journal of Nursing Education*. 1998; 37(7): p. 302 - 304.
41. Hsu H, Kung Y, Huang H, Ho P, Lin Y, Chen W. Work stress among nursing home care attendants in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(5): p. 736 - 746.
42. Kw B, Kb C, Yc K, Lg G, Gc L. Work Stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. *Singapore Medical Journal*. 1997; 38(6): p. 256 - 260.
43. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S, et al. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012; 18(11): p. 561 - 567.
44. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health*. 2005; 15(2): p. 209 - 214.
45. Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: controlling the risk to health. *Nursing Standard*. 1996; 12(4): p. 48 - 58.
46. Burke M. Managing work-related stress in the district nursing workplace. *British Journal of Community Nursing*. 2013; 18(11): p. 535 - 538.
47. Golubic R, Milosevic M, Knezevic B, Mustajbegovic J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(10): p. 2056-2066.
48. Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort–reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006; 20(1): p. 26 - 34.
49. Costa D. Stress in nursing work. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*. 2003; 37(3): p. 63 - 70.
50. Hall D. Work-related stress of registered nurses in a hospital setting. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2004; 20(1): p. 6 - 14.
51. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow up study. *International Journal of Nursing Practice*. 2016; 22(6): p. 538 - 545.

52. Myers DR, Rogers R, LeCrone H, Kelley K, Scott J. Work Life Stress and Career Resilience of Licensed Nursing Facility Administrators. *Journal of Applied Gerontology*. 2018; 37(4): p. 126 - 139.
53. Boran A, Shawaheen M, Khader Y, Amarin Z. Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occupational Medicine*. 2012; 62(2): p. 145 - 147.
54. Alenezi A, Aboshaiqah A, Baker O. Work-related stress among nursing staff working in government hospitals and primary health care centres. *International Journal of Nursing Practice*. 2018; 24(5): p. 121 - 130.
55. Pikó B. Work-related stress among nurses: A challenge for health care institutions. *Journal of The Royal Society for The Promotion of Health*. 1999; 119(3): p. 156 - 162.
56. Weigl M, Schneider A, Hoffmann F, Angerer P. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *European Journal of Pediatrics*. 2015; 174(9): p. 1237 - 1246.
57. Lin T, Lin H, Cheng S, Wu L, Ou-Yang M. Work stress, occupational burnout and depression levels: a clinical study of paediatric intensive care unit nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(4): p. 1120 - 1130.
58. Melnyk B, Hrabe D, Szalacha L. Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nursing administration quarterly*. 2013; 37(4): p. 278 - 285.
59. Blomberg K, Isaksson A, Allvin R, Bisholt B, Ewertsson M, Engström AK. Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24(1): p. 80 - 87.
60. Wu S, Li H, Wang X. A Comparison of the Effect of Work Stress on Burnout and Quality of Life Between Female Nurses and Female Doctors. *Archives of Environmental & Occupational Health*. 2011; 66(4): p. 193 - 200.
61. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
62. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
63. García J, Jiménez F. *Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud*. 1st ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
64. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.

65. Carrasco S. Metodología de la Investigación Científica. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
66. Sanchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la investigación científica. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
67. Baessler J, Schwarcer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*. 1996; 2(1): p. 1 - 8.
68. Gray P, Anderson J. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of behavioral assessment*. 1981; 3(1): p. 11 - 23.
69. Öztuna D, Elhan A, Tüccar E. Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power under Different Distributions. *Turk J Med Sci*. 2006; 36(3): p. 171-176.
70. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2016; 6(3): p. 105-114.
71. Flores P, Muñoz L, Sánchez T. Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Perfiles*. 2019; 21(1): p. 4 - 11.
72. Friendly M, Denis D,. The early origins and development of the scatterplot. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2005; 41(2).
73. Mohammed S. Inferential Statistics – The Basics For Biostatistics Volume II. 1st ed.: Bookboon; 2018.
74. Dawson B TR. Bioestadística médica. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
75. DosSantos L. Stress, Burnout, and Low Self-Efficacy of Nursing Professionals: A Qualitative Inquiry. *Healthcare*. 2020; 8(1): p. 1 - 20.
76. Hopkins W. Evaluating Nurses' Self-Efficacy in Caring for Patients with Dementia. [Tesis]. Walden University , College of Health Sciences; 2017.
77. Daugherty K. Self-Efficacy in Emerging Nurse Leaders: The Effects of a Virtual Community of Practice on Nurse Educators in a New Practice Role. [Tesis]. The George Washington University, Faculty of the School of Nursing; 2019.
78. King K. Creating Voice in School Nurses through Increasing Self-efficacy. [Tesis]. Otterbein University, School Of Public Health; 2019.
79. Kumar S, Bhalla P. Stress among Nursing Staff in Hospitals and its Relation with Job Satisfaction, Job Performance and Quality of Nursing Care: A Literature Review. *Journal of Nursing & Care*. 2019; 8(3): p. 1 - 5.

80. Kwiecień K, Mędrzycka W, Chamienia A. Stress factors vs. job satisfaction among nursing staff in the Pomeranian Province (Poland) and the Vilnius Region (Lithuania). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25(4): p. 616 – 624.
81. Itumalla R. Stress Among Nursing Staff In Corporate Hospitals: An Empirical Study. *International Journal of Health Sciences and Research*. 2018; 8(3): p. 180 - 185.
82. Johan S, Sarwar H, Majeed I. To Identify the Causes of Stress among Nurses Working in Intensive Care Unit of Ittefaq Hospital Lahore. *Int. J. Soc. Sc. Manage*. 2017; 4(2): p. 96 - 109.

ANEXOS

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

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: AUTOEFICACIA Y ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD

AUTORAS: Jaime Oscco, Esmeralda Ccoecca Yance, Juslisa

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p> <p>2. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p> <p>3. Establecer la relación entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la autoeficacia en referencia a la competitividad y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la competitividad; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021</p> <p>2. La relación entre la autoeficacia en referencia a la determinación y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la determinación; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021</p> <p>3. La relación entre la autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta y el estrés laboral en profesionales de enfermería es que: a mejor autoeficacia en referencia a la capacidad de respuesta; menor estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación ejecutada es de tipo: básica, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Básica, porque buscó ampliar el conocimiento teórico sobre la temática tratada, los resultados no tienen aplicación práctica inmediata ni reportaran utilidades económicas transables; estuvo impulsada por el deseo que ampliar la comprensión de la realidad.</p> <p>Cuantitativa, Las observaciones de la realidad fueron convertidas en datos numéricos, y luego procesados por métodos estadísticos; se fundamenta en la síntesis estocástica del positivismo lógico; solo se analizó un segmento de la realidad bien definida en variables.</p> <p>Transversal, la información se captó en un único momento y en una sola ocasión.</p> <p>Observacional, se obtuvo información del fenómeno de la forma como aparecía en la realidad, no se hizo ningún tipo de manipulación o modificación de las variables.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>El trabajo científico realizado respondió al nivel correlacional; debido a que se tuvieron dos variables y se definió el grado en que las variaciones de una, afecta el comportamiento de la otra; se mantiene la presunción que el vínculo es causal y no casual; no se realizó ninguna manipulación de las variables.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Autoeficacia en profesionales de enfermería</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Estrés laboral en profesionales de enfermería</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Años de experiencia laboral en la institución - Estado civil - Número de hijos - Estudio de post licenciatura - Otros compromisos laborales 	<p>POBLACIÓN</p> <p>Se consideró una población de 137 enfermeras que trabajan en los diferentes establecimientos de toda la Microred de Salud Chilca</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 95 enfermeras que laboraban en la Microred de Salud Chilca en el 2021.</p> <p>PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</p> <p>Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado nombrado “Escala de autoeficacia general”</p> <p>PARA VALORAR EL ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</p> <p>Se valoró utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de estrés de enfermería (NSS)”</p>

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA	Es la creencia estable de las enfermeras sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones complicadas propias de su actividad cotidiana.	COMPETITIVIDAD	Es la creencia de poseer la capacidad personal demostrada, para ofrecer servicios profesionales acorde a determinados estándares de calidad, reconocida como tal; por los demandantes de los servicios, jefes y compañeros de trabajo.	Autoconfianza en las habilidades personales	Ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Capacidad creativa de respuesta		
		DETERMINACIÓN	Es la creencia de poder mantener la firmeza de pensamiento y voluntad hasta el logro de determinados propósitos y objetivos preestablecidos	Disponibilidad de recursos para el logro de propósitos		
				Elevada capacidad resolutive		
				Persistencia en los propósitos		
				Optimismo en la resolución de problemas		
		CAPACIDAD DE RESPUESTA	Es la creencia de poder responder de forma adecuada y proporcionada ante las diversas contingencias surgidas en el medio laboral	Convicción de poder manejar lo inesperado		
				Competencia para superar lo imprevisto		
				Autoconfianza para manejar la incertidumbre		
				Amplio repertorio de alternativas de respuesta		

VARIABLE 2: ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA	Es el desequilibrio entre la exigencia laboral (también propia) y la capacidad o recursos disponibles en la enfermera para cumplirla eficientemente.	MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE	Es el malestar e incomodidad que surge al presenciar de forma reiterativa el sufrimiento y dolor de otras personas y además obtener escaso resultados al asistir al usuario.	Experiencias dolorosas	Ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Impotencia ante poca mejoría		
				Conversar con paciente sobre su muerte inminente		
				Muerte de paciente.		
				Muerte de paciente con quien tenía amistad		
				Ausencia de médico al producirse la muerte		
		Observar el sufrimiento de paciente.				
		TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS	Son las situaciones tensas que surgen por diferentes posiciones sobre la forma en que se debe de manejar el tratamiento de los usuarios	Ser criticado por médico		
				Tener conflictos con médico		
				Miedo a cometer un error en el tratamiento		
				Desacuerdo con el tratamiento		
		SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL	Es la percepción de estar poco preparada para resolver los conflictos emocionales en los pacientes y familiares a consecuencia del problema de salud actual	Tomar decisión cuando el médico no esta		
				No responder a necesidades emocionales		
				No tener respuesta satisfactoria.		
		IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO	Es la negativa de otro personal de salud de colaborar en la realización de	No tener preparación en el campo emocional		
				No hablar de problemas de unidad		
			No compartir experiencias y sentimientos			

			tareas, teniendo la posibilidad de hacerlo	No expresar sentimientos negativos		
		TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS	Con las críticas, pugnas y disputas con otras enfermeras involucradas en la atención de los mismos usuarios	Conflictos con supervisor		
				Transferido por escasez de personal		
				Dificultad al trabajar con un enfermero externos		
				Ser criticado por supervisor		
				Dificultadas con un enfermero de su unidad		
		PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO	Son las tareas y responsabilidades asignadas que sobrepasan la capacidad y el tiempo de trabajo disponible de la enfermera	Rotura del equipo técnico		
				Disponibilidad en horario impredecibles		
				Muchas tareas administrativas.		
				Falta de tiempo para apoyo emocional		
				Falta de tiempo para completar tareas		
				Insuficiente personal en la unidad		
		DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER	Son las situaciones en las que la enfermera no posee información completa sobre la condición médica del paciente	Información inadecuada del médico		
				Tratamiento inadecuado		
				Ausencia de médico en una urgencia		
				No conocer la condición médica o el tratamiento		
				Incertidumbre sobre la forma de operar equipo técnico		

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA	COMPETITIVIDAD	Autoconfianza en las habilidades personales	1. Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas.	Nunca (0) Ocasionalmente (1) De forma regular (2) Frecuentemente (3) Muy frecuentemente (4)
		Capacidad creativa de respuesta	2. Sí me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer.	
	DETERMINACIÓN	Disponibilidad de recursos para el logro de propósitos	3. Encuentro la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien me lo impida.	
		Elevada capacidad resolutive	4. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	
		Persistencia en los propósitos	5. Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	
		Optimismo en la resolución de problemas	6. Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darles solución a los problemas.	
	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Convicción de poder manejar lo inesperado	7. Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados.	
		Competencia para superar lo imprevisto	8. Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas.	
		Autoconfianza para manejar la incertidumbre	9. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	
		Amplio repertorio de alternativas de respuesta	10. Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	

ESCALA DE ESTRÉS EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA	MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE	Procedimientos que suponen experiencias dolorosas	1. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes.	Nunca (0) Ocasionalmente (1) De forma regular (2) Frecuentemente (3) Muy frecuentemente (4)
		Impotencia ante paciente que no presenta mejoría	2. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría.	
		Conversar con paciente sobre su muerte inminente	3. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente.	
		Muerte de paciente.	4. La muerte de un/a paciente.	
		Muerte de paciente con quien tenía amistad	5. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha.	
		Ausencia de médico al producirse la muerte	6. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente.	
		Observar el sufrimiento de paciente.	7. Observar el sufrimiento de un/a paciente.	
	TENSIÓN FRENTE A LOS MÉDICOS	Ser criticado por médico	8. Ser criticado/a por un médico.	
		Tener conflictos con médico	9. Tener conflictos con un/a médico.	
		Miedo a cometer un error en el tratamiento	10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente.	
		Desacuerdo con el tratamiento	11. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente.	
	SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL	Tomar decisión cuando el médico no esta	12. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible.	
		No responder a necesidades emocionales	13. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales.	
		No tener respuesta satisfactoria.	14. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria.	
	IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO	No tener preparación en el campo emocional	15. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional.	
		No hablar de problemas de unidad	16. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta.	
		No compartir experiencias y sentimientos	17. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad.	
		No expresar sentimientos negativos	18. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes.	
		Conflictos con supervisor	19. Conflictos con el/la supervisor/a.	
		Transferido por escasez de personal	20. Haber sido transferido/a a otra unidad con escasez de personal.	

	TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS	Dificultad al trabajar con un enfermero externos	21. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad.
		Ser criticado por supervisor	22. Ser criticado/a por un supervisor.
		Dificultadas con un enfermero de su unidad	23. Dificultadas al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad
	PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO	Rotura del equipo técnico	24. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.).
		Disponibilidad en horario impredecibles	25. Disponibilidad de personal y horario impredecibles.
		Muchas tareas administrativas.	26. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas.
		Falta de tiempo para apoyo emocional	27. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente.
		Falta de tiempo para completar tareas	28. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera.
		Insuficiente personal en la unidad	29. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad.
	DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER	Información inadecuada del médico	30. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente.
		Tratamiento inadecuado	31. Un/a médico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente.
		Ausencia de médico en una urgencia	32. La ausencia de un médico en una urgencia médica.
		No conocer la condición médica o el tratamiento	33. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento.
		Incertidumbre sobre la forma de operar equipo técnico	34. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado.

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

(BAESSLER Y SCHWARZER, 1996)

A continuación, se representa una relación de situaciones que comúnmente se enfrenta en la vida diaria; indique su grado de acuerdo o desacuerdo según la escala que se presenta a continuación; no existen respuestas correctas o incorrectas, la encuesta es anónima.

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

COMPETITIVIDAD

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sí me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

DETERMINACIÓN

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. Encuentro la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien me lo impida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darles solución a los problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

CAPACIDAD DE RESPUESTA

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7. Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

...Gracias

BAREMOS

Muy baja autoeficacia	De 0 a 8
Baja autoeficacia	De 8.1 a 16
Mediana autoeficacia	De 16.1 a 24
Alta autoeficacia	De 24.1 a 32
Muy alta autoeficacia	De 32.1 a 40

ESCALA DE ESTRÉS EN ENFERMERÍA (NSS)

Gray P, Anderson J; 1981

En el siguiente cuestionario, le presentamos una lista de situaciones que pueden darse comúnmente en un establecimiento de salud. Estamos interesados en conocer con qué frecuencia estas situaciones han producido tensiones o estrés en su unidad. Tenga en cuenta que no nos referimos a la frecuencia en que se producen estas situaciones, sino a la frecuencia con que éstas han sido estresantes para Ud., en los últimos 6 meses. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Por favor, marque con una X el número de la escala que mejor refleje la frecuencia con que Ud. cree que cada situación ha sido estresante para Ud.

0	1	2	3	4
Nunca	Ocasionalmente	De forma regular	Frecuentemente	Muy frecuentemente

MALESTAR ANTE EL CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE

1. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes.	0	1	2	3	4
2. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría.	0	1	2	3	4
3. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente.	0	1	2	3	4
4. La muerte de un/a paciente.	0	1	2	3	4
5. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha.	0	1	2	3	4
6. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente.	0	1	2	3	4
7. Observar el sufrimiento de un/a paciente.	0	1	2	3	4

TENSION FRENTE A LOS MÉDICOS

8. Ser criticado/a por un médico.	0	1	2	3	4
9. Tener conflictos con un/a médico.	0	1	2	3	4
10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente.	0	1	2	3	4
11. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente.	0	1	2	3	4
12. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible.	0	1	2	3	4

SENSACIÓN DE INCAPACIDAD PARA EL SOPORTE EMOCIONAL

13. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales. 0 1 2 3 4

14. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria. 0 1 2 3 4

15. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional. 0 1 2 3 4

IMPRESIÓN DE NO TENER APOYO

16. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta. 0 1 2 3 4

17. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad. 0 1 2 3 4

18. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes. 0 1 2 3 4

TENSIÓN FRENTE A OTRAS ENFERMERAS

19. Conflictos con el/la supervisor/a. 0 1 2 3 4

20. Haber sido transferido/a a otra unidad con escasez de personal. 0 1 2 3 4

21. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad. 0 1 2 3 4

22. Ser criticado/a por un supervisor. 0 1 2 3 4

23. Dificultadas al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad 0 1 2 3 4

PERCEPCIÓN DE SOBRECARGA DE TRABAJO

24. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.). 0 1 2 3 4

25. Disponibilidad de personal y horario impredecibles.	0	1	2	3	4
26. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas.	0	1	2	3	4
27. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente.	0	1	2	3	4
28. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera.	0	1	2	3	4
29. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad.	0	1	2	3	4

DUDAS ANTE LA FORMA DE PROCEDER

30. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente.	0	1	2	3	4
31. Un/a médico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente.	0	1	2	3	4
32. La ausencia de un médico en una urgencia médica.	0	1	2	3	4
33. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento.	0	1	2	3	4
34. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado.	0	1	2	3	4

....GRACIAS

BAREMOS

Muy bajo estrés de enfermería	De 0 a 27.2
Bajo estrés de enfermería	De 27.3 a 54.4
Mediano estrés de enfermería	De 54.5 a 81.6
Alto estrés de enfermería	De 81.7 a 108.8
Muy alto estrés de enfermería	De 108.9 a 136

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA "ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL"

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.823
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7893.147
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas.	0.611		
2. Sí me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer.	0.465		
3. Encuentro la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien me lo impida.		0.498	
4. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.		0.577	
5. Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.		0.478	
6. Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darles solución a los problemas.		0.714	
7. Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados.			0.625
8. Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas.			0.712
9. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.			0.611
10. Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.			0.491
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

CONFIABILIDAD DEL "ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL"

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,851	10

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas.	,812
2. Sí me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer.	,816
3. Encuentro la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien me lo impida.	,822
4. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	,825
5. Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	,827
6. Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darles solución a los problemas.	,812
7. Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados.	,831
8. Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas.	,830
9. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	,806
10. Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	,810

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

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA "ESCALA DE ESTRÉS EN ENFERMERÍA (NSS)"

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.852
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	82212.617
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a							
	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes.							
2. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría.	0.612						
3. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente.	0.715						
4. La muerte de un/a paciente.	0.819						
5. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha.	0.457						
6. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente.	0.697						
7. Observar el sufrimiento de un/a paciente.	0.721						
8. Ser criticado/a por un médico.		0.641					
9. Tener conflictos con un/a médico.		0.478					
10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente.		0.512					
11. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente.		0.579					
12. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible.		0.611					
13. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales.			0.698				
14. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria.			0.711				
15. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional.			0.632				
16. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta.				0.564			
17. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad.				0.478			
18. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes.				0.689			
19. Conflictos con el/la supervisor/a.					0.478		
20. Haber sido transferido/a otra unidad con escasez de personal.					0.463		
21. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad.					0.433		

22. Ser criticado/a por un supervisor.					0.561		
23. Dificultadas al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad					0.436		
24. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.).						0.541	
25. Disponibilidad de personal y horario impredecibles.						0.523	
26. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas.						0.596	
27. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente.						0.496	
28. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera.						0.474	
29. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad.						0.611	
30. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente.							0.763
31. Un/a médico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente.							0.478
32. La ausencia de un médico en una urgencia médica.							0.495
33. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento.							0.436
34. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado.							0.496
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>							
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>							

CONFIABILIDAD DE LA "ESCALA DE ESTRÉS EN ENFERMERÍA (NSS)"

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	34

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes.	,825
2. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría.	,815
3. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente.	,836
4. La muerte de un/a paciente.	,823
5. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha.	,826
6. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente.	,827
7. Observar el sufrimiento de un/a paciente.	,809
8. Ser criticado/a por un médico.	,801
9. Tener conflictos con un/a médico.	,839
10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente.	,812
11. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente.	,847
12. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible.	,836
13. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales.	,832
14. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria.	,825
15. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional.	,827
16. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta.	,828
17. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad.	,819
18. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes.	,830
19. Conflictos con el/la supervisor/a.	,836
20. Haber sido transferido/a otra unidad con escasez de personal.	,837
21. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad.	,841
22. Ser criticado/a por un supervisor.	,845
23. Dificultadas al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad	,842
24. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.).	,835
25. Disponibilidad de personal y horario impredecibles.	,836

26. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas.	,837
27. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente.	,825
28. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera.	,828
29. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad.	,831
30. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente.	,832
31. Un/a médico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente.	,830
32. La ausencia de un médico en una urgencia médica.	,812
33. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento.	,810
34. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado.	,814

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

ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA MICRORED DE SALUD "CHILCA"



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Chilca, 15 de enero del 2021

SEÑORA:

MG. TANIA LUZ VILCHEZ CUEVAS

Directora de EPE – UPLA

ASUNTO:

CARTA DE ACEPTACIÓN

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted para expresarle mi saludo a nombre de la MICRORED DE SALUD CHILCA que me honro dirigir, y a la vez dar a conocer, que visto su solicitud de autorización para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: "AUTOEFICACIA Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UNA MICRORED DE SALUD", presentado por las señoritas Juslisa Ccoecca Yance y Esmeralda Jaime Oscoco, esta Jefatura autoriza la realización de la misma, en la MICRORED DE SALUD DE CHILCA.

Sin otro particular, me despido de usted, no sin antes testimoniarte los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.

**GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED ESPECIALIZADA CHILCA**

**MG. Edith S. Pariona Salazar
JEFE DE LA MICRORED DE SALUD CHILCA
"CALIBRA EN SACO PUBLICA - EMERGENCIA Y DESASTRES"
C.P.E. JUNIN**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

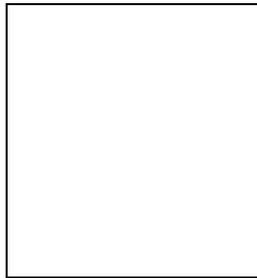
Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado “AUTOEFICACIA Y ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD”; desarrollado por las bachilleras; Jaime Oscco, Esmeralda y Ccoecca Yance, Juslisa, cuyo objetivo es determinar la relación entre la autoeficacia y el estrés laboral en profesionales de enfermería de la Microred de Salud Chilca en el 2021, para lo cual tendrá que rellenar dos cuestionario; dicho registro será realizado de manera anónima y confidencial, los resultados obtenidos del estudio no serán revelados, ni lo perjudicaran como participante.

Yo,.....identificada(o) con

DNI N° me comprometo a participar libre y voluntariamente en el estudio antes mencionado. Se me ha informado sobre los beneficios y que no existen riesgos, asumo que se respetará la confiabilidad manteniendo el anonimato. Para los efectos de la investigación me comprometo a colaborar rellenando los cuestionarios que se me entreguen.

En caso de tener alguna duda podré comunicarme con el asesor de la investigación de la Escuela Profesional De Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, Lic. Ivan Galarza Curisinche, al teléfono; cel. 995569976.

Si tengo preguntas sobre los aspectos éticos del estudio poder contactar al comité de ética de la Universidad Peruana Los Andes al teléfono 064 224479.



Huella digital

FIRMA DEL PARTICIPANTE

N° DNI

FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° DNI

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

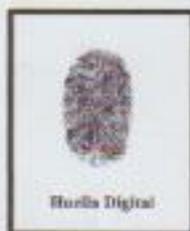


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: ESMERALDA JAIME OSCO, identificado (a) con DNI 72174421 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "AUTOEFICACIA Y ESTRES LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UNA MICRORED", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 15 de ENERO del 2021.



ESMERALDA JAIME
Nombre y Apellidos: OSCO
Responsable de investigación

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

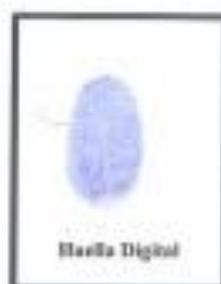


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Justina Guerrero Yance, identificado (a) con DNI 60635701 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Aceptación y Estrés Laboral en Profesionales de Enfermería de una MicroRed de Salud", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 15 de 03 del 2021.




Nombre y Apellidos: Justina Guerrero Yance
Responsable de investigación

ANEXO 09: VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Santana Gonzalez Steffany
 1.2 Grado Académico : Magister
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4 Institución donde labora : P. S. Huancayo
 1.5 Cargo que desempeña : Licenciada en Enfermería
 1.6 Denominación del Instrumento : Escala de Estrés en Enfermería

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				✓	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL						23
SUMATORIA TOTAL						23

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 23

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 10 de febrero 2021

FIRMA Y SELLO



APELLIDOS Y NOMBRES

Santana Gonzalez Steffany

DNI

73999258

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Santana Gonzales Stefanny
 1.2 Grado Académico : Mg. Enfermera
 1.3 Profesión : Enfermería
 1.4 Institución donde labora : P.S. Huancayo
 1.5 Cargo que desempeña : Licenciada en Enfermería
 1.6 Denominación del Instrumento : Escala de Autoevaluación General

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL						24
SUMATORIA TOTAL						24

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

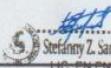
3.1. Valoración total cuantitativa : 24

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 10 de febrero, 2021

FIRMA Y SELLO 
 APELLIDOS Y NOMBRES Santana Gonzales Stefanny
 DNI 73999358

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : AGUILAR ALANIA MAGALY MIRELLA
 1.2 Grado Académico : MAGISTER
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4 Institución donde labora : CLINICA ZARATE
 1.5 Cargo que desempeña : JEFA DE ENFERMERAS
 1.6 Denominación del Instrumento : ESCALA DE ESTRES DE ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

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

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa :... 2,3

3.2. Opinión :

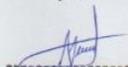
FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 15 DE ENERO 2021


 Magaly M. Aguilar Alarcía
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP. 14767

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES : AGUILAR ALANIA MAGALY MIRELLA

DNI : 43809465

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : AGUILAR ALANIA MAGALY MIRELLA
 1.2 Grado Académico : MAGISTER
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4 Institución donde labora : CLINICA ZARATE
 1.5 Cargo que desempeña : JEFA DE ENFERMERAS
 1.6 Denominación del Instrumento : ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

II. VALIDACIÓN

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

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 23

3.2. Opinión :

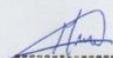
FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 15 DE ENERO 2021


 Magaly M. Aguilar Alencia
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP. 74757

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES : AGUILAR ALANIA MAGALY MIRELLA

DNI : 43809465

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : QUISPE CASTRO ROSAMEL
 1.2 Grado Académico : MAGISTER
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4 Institución donde labora : C.S. SAN MARTIN
 1.5 Cargo que desempeña : JEFE DE ENFERMERIA
 1.6 Denominación del Instrumento : ESCALA DE ESTRES EN ENFERMERIA

II. VALIDACIÓN

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

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 23

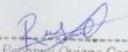
3.2. Opinión :

FAVORABLE
 NO FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 21 DE ENERO 2021


 Rosamel Quispe Castro
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP. 080043

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES QUISPE CASTRO ROSAMEL

DNI 70115939

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : QUISPE CASTRO ROSAMEL
 1.2 Grado Académico : MAGISTER
 1.3 Profesión : ENFERMERIA
 1.4 Institución donde labora : C.S. SAN MARTIN
 1.5 Cargo que desempeña : JEFE DE ENFERMERIA
 1.6 Denominación del Instrumento : ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

II. VALIDACIÓN

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

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 23

3.2. Opinión :

FAVORABLE
 NO FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 21 DE ENERO 2021


 Rosamel Quispe Castro
 E.C. EN ENFERMERIA
 CEP. 089043

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES QUISPE CASTRO ROSAMEL

DNI 70115939

ANEXO 10: REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO: 01
INVESTIGADORAS EN
LA PUERTA DE LA
INSTITUCIÓN DE
SALUD

FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN LA
INSTITUCIÓN DE
SALUD

