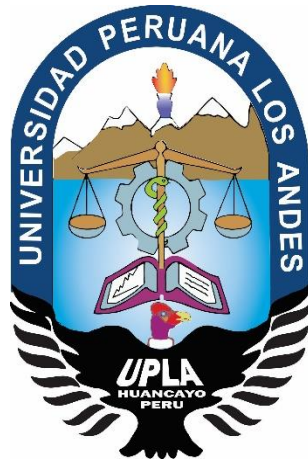


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Título : CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD

Autoras : Bachiller Ana María Rafael Rafael
Bachiller Lizbeth Payano Ruty

Para optar : El título profesional de Licenciado en Enfermería

Asesor : Lic. Hurtado Montes Antonio Héctor

Línea de investigación institucional : Salud y gestión de la salud

Fecha de inicio y término : 27 de octubre del 2020 / 27 de octubre del 2021

HUANCAYO – PERÚ – 2021

DEDICATORIA

A: Dios, por otorgarme la firmeza y la perspicacia que me ha permitido concluir con beneplácito mi educación profesional.

A: mis docentes, por su constancia, firmeza, tolerancia y ponderación, que desplegaron en su misión de formarme como profesional; su erudición compartida, me facilitará el logro de los más altos propósitos profesionales.

Ana y Lizbeth

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes; debido a que nos proporcionó formación universitaria de calidad, e hizo de nosotras profesionales competitivas, con condiciones para contribuir con la salud y el desarrollo regional y nacional.

A las autoridades de la micro red de Salud “Chilca” que nos dieron toda la ayuda posible y necesaria para poder ejecutar esta investigación.

A los profesionales de enfermería que participaron de manera incondicional en este estudio.

Ana Rafael Rafael

Lizbeth Payano Ruty

INTRODUCCIÓN

La elevada carga de trabajo, la baja motivación intrínseca por el trabajo y el limitado apoyo de los directivos y supervisores; suscitan en la enfermera la impresión de no tener suficiente capacidad, en el manejo de las demandas laborales, que son de naturaleza: desafiante, intensa y compleja; este conjunto de contingencias debilita su calidad de vida laboral. La extensión e intensificación de estas circunstancias tornan al contenido y al entorno del trabajo, en experiencias adversas y nocivas; ante las cuales aparecen reacciones: emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento angustiantes; haciendo del trabajo una rutina desagradable. Sobrellevar el trabajo en estas condiciones provoca la aparición del síndrome de burnout, el que se usualmente se manifiesta con: la persistente falta de energía e insensibilidad para seguir trabajando con personas; el surgimiento de sensaciones de desface entre lo que se “es” y lo que está “siendo”; además de la fuerte impresión de ser un fraude como profesional y persona; y al mismo tiempo, la creencia “de no estar avanzando” hacia los propósitos de vida ya establecidos; sin embargo la asociación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout no ha sido determinada de forma concluyente, además los estudios nacionales que precisen el nexo de estas variables son muy escasos, por lo que fue valioso corroborar esta relación para orientar la provisión de programas que eleven la calidad de vida laboral en enfermería.

La investigación realizada tuvo como finalidad, determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de

la Micro Red de Salud Chilca en el 2021; con este fin se realizó un estudio observacional correlacional, se consideró una población de referencia de 102 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de salud de Chilca, de donde se seleccionaron a 80 enfermeras mediante el proceso de muestreo aleatorio simple; a las enfermeras elegidas se les administró el “Cuestionario de calidad de vida laboral en enfermería” y el “Maslach Burnout Inventory”, con la información recolectada se estimó el coeficiente de correlación “r” de Pearson para establecer el nivel de relación existente entre las variables.

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

Las autoras.

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN	IV
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE TABLAS	XI
CONTENIDO DE FIGURAS	XIII
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI

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
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	29
ANTECEDENTE NACIONAL.....	40
2.2. BASES TEÓRICAS	46
2.2.1. CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA	46
2.2.1.2. CARGAS DE TRABAJO.....	52
2.2.1.3. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA.....	56
2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT	62
2.2.2.1. AGOTAMIENTO EMOCIONAL.....	63
2.2.2.2. DESPERSONALIZACIÓN.....	70
2.2.2.3. BAJA REALIZACIÓN PERSONAL	73
2.3. MARCO CONCEPTUAL	76

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

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

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	84
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	86
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	86
4.4. DISEÑO	87
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	88
4.5.1. POBLACIÓN	88
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	88
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	88
4.5.2. MUESTRA.....	89
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	91
4.6.1. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	91
4.6.2. PARA VALORAR LA SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	92
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	93
4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS.....	93
4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS	94
4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS.....	94
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	95

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	98
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA....	98
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	104
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	108
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	112
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	112
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	114
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	118
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	122
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	126

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	130
6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	135
6.3. CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	139
CONCLUSIONES	146
RECOMENDACIONES	147
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS	155

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	98
TABLA 2: TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	99
TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	100
TABLA 4: HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	101
TABLA 5: CAPACITACIONES / ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN / POST GRADO, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	102
TABLA 6: ACTIVIDADES LABORALES ADICIONALES, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	103
TABLA 7: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	104
TABLA 8: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LAS CARGAS DE TRABAJO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	105
TABLA 9: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	106
TABLA 10: CONSOLIDADO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	107

TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	108
TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA DESPERSONALIZACIÓN; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	109
TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	110
TABLA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	111
TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	113
TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	115
TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	119
TABLA 18: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	123
TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	127

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	98
FIGURA 2: TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	99
FIGURA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	100
FIGURA 4: HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	101
FIGURA 5: CAPACITACIONES / ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN / POST GRADO, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	102
FIGURA 6: ACTIVIDADES LABORALES ADICIONALES, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	103
FIGURA 7: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	104
FIGURA 8: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LAS CARGAS DE TRABAJO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	105
FIGURA 9: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	106
FIGURA 10: CONSOLIDADO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	107

FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	108
FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA DESPERSONALIZACIÓN; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	109
FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021.....	110
FIGURA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021	111
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	114
FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	118
FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	122
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	126

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red 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 102 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de salud de Chilca, de donde se eligió una muestra de 80 enfermeras a quienes se les administró el “Cuestionario de calidad de vida laboral en enfermería” y el “Maslach Burnout Inventory”; entre los resultados se resalta que el 43.8 % de las enfermeras(os) tienen baja o muy baja calidad de vida laboral, y el 33.8 % de las enfermeras(os) presentan síndrome de burnout manifiesto o crítico; asimismo, cuando mejora la **calidad de vida laboral**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,464)

PALABRAS CLAVES: calidad de vida laboral, síndrome de burnout, enfermería, atención primaria de la salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between the quality of work life and the burnout syndrome in nursing professionals of the Micro Health Network Chilca in 2021, the inductive method and the inferential statistic were used, the type of study was correlational cross-sectional, with a population of 102 nurses who work in the different establishments of the Health Micro-network of Chilca, from which a sample of 80 nurses was chosen who were administered the "Questionnaire on the quality of work life in nursing "And the" Maslach Burnout Inventory "; Among the results, it is highlighted that 43.8% of the nurses have a low or very low quality of work life, and 33.8% of the nurses present manifest or critical burnout syndrome; Likewise, when the quality of work life improves, the burnout syndrome decreases in nursing professionals (Pearson correlation coefficient moderate negative; - 0.464)

KEY WORDS: quality of work life, burnout syndrome, nursing, primary health care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La calidad de vida laboral se refiere al nivel de satisfacción, motivación, participación y compromiso que experimentan las enfermeras con respecto a sus vidas en el trabajo. Es el bienestar percibido y la conformidad con la situación laboral, el confort con la cultura de trabajo que la llevan a desplegar la cooperación y el apoyo completo a la institución de salud para el logro de sus propósitos. La calidad de vida laboral es el grado en que las personas pueden satisfacer sus necesidades personales mientras trabajan para la organización. Es el grado en que los empleados de una organización de trabajo pueden satisfacer sus necesidades personales a través de sus experiencias en la organización (1).

El síndrome burnout es un estado mental persistente, negativo y relacionado con el trabajo que se encuentra en individuos "normales" que se caracteriza por agotamiento y angustia, una sensación de eficacia reducida, disminución de la motivación y el desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales dentro del ambiente de trabajo; se desarrolla gradualmente hasta aparecer un desajuste entre las intenciones y las realidades dentro del trabajo. Aparece el agotamiento de los recursos emocionales y hace que la enfermera sienta que ya no puede sostener emociones positivas frente a los pacientes y otras personas del entorno laboral, como parte de la despersonalización aparecen actitudes negativas, cínicas e

impersonales hacia los pacientes; estas circunstancias obstaculizar el desempeño de las tareas laborales, asimismo como manifestación del logro personal reducido aparece la tendencia a juzgar y evaluar su trabajo como fallido y descuidado (2).

Trabajar con personas y en condiciones de baja calidad de vida laboral incrementan la probabilidad de aparición del síndrome de burnout; ya que, la precaria vida laboral produce estrés, fatiga y depresión; llegando al agotamiento físico y psíquico, a la apatía y la desesperanza produciendo cambios del humor y las conductas hostiles con deterioro de la capacidad intelectual; asimismo, es común que muchas enfermeras que se esfuercen por lograr la perfección en el trabajo, se frustren y angustien cuando su entorno no proporciona los recursos necesarios para el óptimo desempeño, y sobreviene el agotamiento tras luchar por conseguir objetivos poco realistas dadas las condiciones laborales en la que se encuentran; así también, la carga de trabajo, la falta de personal, el ambiente incontrolable, la violencia, el trauma y las situaciones estresantes como la muerte de un paciente, entre otras circunstancias precipiten el agotamiento emocional y la despersonalización (3).

En una investigación realizada en Chicago, EEUU; Casida J, Combs P, Schroeder S y Johnson C, demuestran que; las enfermeras con baja calidad de vida laboral tienen mayor prevalencia del síndrome de burnout; cuando los profesionales de enfermería no se sienten identificadas con las tareas que realizan, no encuentran significado a sus labores diarias, su autonomía esta reducida y perciben que sus ingresos recibidos por su trabajo no cubren de forma adecuada a sus necesidades

viven situaciones estresantes, al prolongarse esta situación, aparece el síndrome de burnout; en donde se sientan agotadas, vacías e impotentes; experimentan una reducción de su rendimiento laboral habitual, surge el agotamiento emocional y el miedo al fracaso; las enfermeras se sienten completamente abrumadas y sumergidas en obligaciones que no pueden cumplir de la forma esperada (4).

En un estudio ejecutado en Sao Paulo, Brasil; Grava M, Barroso V, Lopes C, hallan que la reducida calidad de vida laboral suscita al síndrome de burnout; ya que, las enfermeras perciben baja calidad de vida en su trabajo; porque: tienen poco poder individual, no tienen participación activa en la gestión, la asignación de tareas y reconocimientos entre profesionales de salud no es justa ni equitativa, el apoyo social a la enfermería es escaso, cree que no le dan la oportunidad de usar todas sus habilidades, no percibe que se acrecienta su autodesarrollo, no avizora un futuro gratificante y significativo en el trabajo, tampoco se destaca la relevancia social de su trabajo y no obtiene recompensas por el trabajo extra que de forma cotidiana realiza. Estos acontecimientos acarrearán en la enfermera agotamiento físico y mental de forma constante; se levanta cansada, se mueve más despacio de lo normal, siente dificultades para realizar incluso las tareas pequeñas, tiene temor por lo que sucederá hoy y mañana; tiene menos paciencia se enoja de forma rápida, busca excusas para salir del trabajo, deja de asistir a fiestas o eventos que antes frecuentaba, se siente ineficaz y sin logros, cree que su trabajo es trivial y de poca importancia, sus tareas diarias carecen de propósito, siente que hay más trabajo del que puede hacer y está abrumada de tantas responsabilidades que ya no quiere hacer nada (3).

En una investigación realizada en Paraíba, Brasil; por Ribeiro S, Tavares L, Oliveira E, Vidal J, Carlotto M, Silva E, observan que la precaria calidad de vida en el trabajo es causa del síndrome de burnout en las enfermeras, la baja calidad de vida se caracteriza, porque, preexiste una escasa motivación laboral intrínseca, la enfermera no se siente identificada con su trabajo ni con la institución en la que labora, cuando está en su puesto laboral se siente insatisfecha con el tipo de trabajo que realiza e insatisfecha con el tipo de vida que lleva, considera que no es feliz, estas percepciones pueden variar con la personalidad de las enfermeras. La persistencia de estos acontecimientos origina el síndrome de burnout en las enfermeras, las que afirman tener la sensación de no poseer energía, de estar completamente gastada; ya no se sienten entusiasmadas por nada, sienten que lo que está haciendo ya no importa tanto, están desilusionadas con todo, se sienten pesimistas, descubren que son más olvidadizas y que les resulta más difícil recordar cosas, tienen más conflictos con otras personas, siempre entran en discusiones, también perciben que al estar físicamente en su puesto de trabajo en realidad están desconectadas; además muchas han comenzado a beber demasiado, a fumar y se han vuelto más sedentarias (5).

En una estudio realizada en Manila, Filipinas; por Rajesh G, Reyes M, advierten que la precarización de la vida laboral favorece la aparición del síndrome de burnout teniendo en cuenta que las enfermeras consideran que mantienen una baja calidad de vida; debido a que, laboran en ambientes de trabajo inseguros, no perciben salarios equitativos, no tienen igualdad de oportunidades de promoción y son escasos los asideros para avanzar profesionalmente; asimismo, deben lidiar con

ambigüedades en el rol de trabajo, deben de sobrellevar los conflictos interpersonales y siempre tienen sobrecarga de roles de trabajo. Estas contrariedades provocan el síndrome de burnout, que se manifiesta con un profundo malestar e impaciencia para tratar al paciente y a otras personas de su entorno, estas reacciones imposibilitan brindar buenos cuidados; asimismo la enfermera siempre está gastando energía mental reflexionando sobre su trabajo, no puede recuperarse del estrés del día por los permanentes conflictos, necesita tiempo para sí misma pero en sus horas y días libres hay pensamientos recurrentes relacionados al trabajo; tiene la tendencia a sentirse menos feliz y satisfecha con su carrera y con su vida hogareña, se siente atrapada en una situación compleja de la que no puede salir, además padece de problemas de salud reales como: trastornos digestivos, respiratorios, dolores osteomusculares y padece episodios depresivos (6).

A nivel nacional, Suasnabar M, encuentran una relación significativa inversa entre el síndrome de burnout y la calidad de vida profesional en enfermería; la calidad de vida profesional, era un reflejo de: los precarios ambientes de trabajo, la sobrecarga de trabajo que impedía brindar cuidados de calidad, el desequilibrio entre el trabajo y la familia, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de reconocimiento, las malas relaciones con jefes y compañeros, y el conflicto de roles; estas discordancias producía agotamiento emocional llevaba a que la enfermera asumiera actitudes de cinismo y sentimientos de baja valía (7).

En la micro red de salud de Chilca, se observa una baja calidad de vida laboral en enfermería, dadas las carencias y limitaciones: de infraestructura, equipos y

materiales; asimismo la dinámica organizativa es poco favorable a las enfermeras y son escasas las enfermeras que desplieguen todos sus esfuerzos para la consecución de los propósitos institucionales; de la misma forma: el agotamiento emocional, la sensación de incompetencia, el ausentismo, los sentimientos de frustración, el descontento y la inestabilidad emocional son declarados de forma frecuente por la enfermeras.

Por todo lo mostrado anteriormente, ejecutamos esta investigación con la finalidad de determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El estudio ejecutado se basó en el supuesto que; las enfermeras con baja calidad de vida laboral, caracterizada por: la baja sensación de bienestar en el trabajo, la creencia de no poseen la suficiente capacidad ni los recursos para manejar las demandas laborales, no desplegar todo su esfuerzo ni su capacidad para alcanzar los propósitos institucionales; tienen, mayor probabilidad de presentar el síndrome de burnout al sobrellevar un trabajo adverso y nocivo; comprobar la asociación de la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout fue la finalidad de la investigación realizada.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se efectuó en los profesionales de enfermería que laboran en la Micro Red de Salud de Chilca.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

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

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?
2. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **carga de trabajo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **motivación intrínseca** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

La realización de esta investigación nos permitió comprobar si existe o no asociación, entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en enfermeras; luego de verificarse la existencia de la asociación entre estas variables, hemos sugerido el aprovisionamiento de un programa que mejore la calidad de vida laboral. El programa incluirá el rediseño del medio laboral, para que sea más favorable al desempeño profesional de la enfermera, asimismo promoverá acrecentar: la autonomía, los incentivos y las remuneraciones, además de propugnar mayores oportunidades de perfeccionamiento y desarrollo profesional a las enfermeras. Estas medidas reducirán la prevalencia del síndrome de Burnout. Todas estas intervenciones mejorarán la atención de salud de los usuarios de la Microred de salud de Chilca.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

La ejecución de esta investigación nos ha dado la viabilidad de fundamentar la forma en que la teoría organizacional bajo el modelo de Winnubst nos permite explicar la asociación entre la calidad de vida laboral y síndrome de butnout. Esta teoría propone que: el sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental es el resultado de la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral. Asimismo, la baja calidad de vida lleva al estrés laboral; la calidad de vida es menoscabada por: la estructura organizacional, la cultura laboral, el clima organizacional y el apoyo

social. también existen factores propios como: la personalidad, el temperamento y la adicción por el trabajo que pueden modificar la percepción de la calidad de vida laboral y precipitar al síndrome de burnout (8). El estudio solo aporta datos que son el respaldo empírico del grado en que esta teoría explica ciertos hechos específicos del quehacer de las enfermeras de la Microred de salud de Chilca.

1.4.3. METODOLÓGICA

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

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre la calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021
2. Establecer la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **carga de trabajo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021
3. Establecer la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **motivación intrínseca** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Leonardo M, Chocó A, desarrollan una investigación titulada “Calidad de vida profesional y Síndrome de Burnout en personal de enfermería del departamento de medicina interna del Hospital Roosevelt” en San Carlos, Guatemala, con el objetivo de determinar la asociación del Síndrome Burnout con la calidad de vida laboral del personal de enfermería de los servicios de hospitalización; para lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte trasversal; como muestra se empleó a 55 trabajadores de enfermería a las que se les administró el cuestionario “ProQOL” y el inventario “Maslach Burnout Inventor”; entre los resultados se destaca que existe una asociación significativa entre la calidad de vida profesional y el síndrome de burnout; asimismo se encontró que para las enfermeras el lugar de trabajo no es simplemente un escenario para resolver los medios económicos, sino también es el medio para lograr la satisfacción personal y el crecimiento, es un lugar de autorrealización, la calidad de vida laboral para la enfermeras significa “las recompensas de la vida laboral” y “la calidad de vida relacionada con su trabajo”; la baja calidad de vida laboral conduce irremediabilmente al agotamiento, a una actitud negativa e imprudente sobre el trabajo y a la disminución de la efectividad en el trabajo (9).

Permarupan P, AlMamun A, Kumar N, Ahmad R, Hayat N, ejecutan una investigación titulada “Predecir el agotamiento de las enfermeras a través de la calidad de vida laboral y el empoderamiento psicológico: un estudio sobre servicios de salud sostenibles en Malasia” con el objetivo de examinar el papel meditativo del empoderamiento psicológico y la calidad de la vida laboral en el síndrome de burnout del personal de enfermería en Malasia; para lo cual procedieron a un estudio observacional trasversal, considerando a una muestra de 432 enfermeras de 10 hospitales del área de Selangor; a las que se les administró el cuestionario de “Calidad de vida en el trabajo CVT-GOHISALO” y el “Staff Burnout Scale (SBS)”; entre los resultados se destaca que la provisión de calidad de vida laboral (compensación adecuada y justa, constitución en la organización del trabajo, condiciones de trabajo seguras y saludables, integración social en la organización del trabajo, relevancia social de la vida laboral y vida útil) reduce la posibilidad de aparición la aparición del síndrome de burnout; asimismo comprueban que la disminución del grado de satisfacción subjetiva que las enfermeras experimentan en su trabajo y la indiferencia por alcanzan los objetivos institucionales, conducen al síndrome de burnout; esta asociación es particular en enfermería debido a es una profesión con elevada demanda de trabajo, requiere la capacidad individual de trabajar bajo intensas dinámicas físicas y emocionales en el lugar de trabajo que fácilmente llevan al agotamiento, en las enfermeras el síndrome de burnout se manifiesta como una aflicción inducida por el trabajo (10).

Widayati D, desarrollan una investigación titulada “Calidad de vida laboral y síndrome de Burnout en enfermeras” en Java Oriental, Indonesia; con el objetivo

de determinar la relación de la calidad de vida laboral con el síndrome de burnout; con este fin realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en el que se convocó a una muestra de 30 enfermeras a las que se les administró el “Emener-Luck Burnout Scale” y el “Quality of Worklife”; entre los resultados se subraya que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = -0.56); asimismo se evidencia que la calidad de vida laboral en las enfermeras se centra en resultados cualitativos como la estabilidad, el bienestar y la satisfacción; la gestión eficaz del personal de enfermería tiene un efecto positivo en el fortalecimiento de la competitividad, con el aumento de la productividad, la optimización del desempeño laboral y la calidad de los servicios; sin embargo, debido a la naturaleza del trabajo, las enfermeras están expuestas a enfermedades y estrés: físico, ambiental y psicológico, es frecuente un deterioro del desempeño laboral, ausentismo y rotación laboral; estas circunstancias vulneran la calidad de vida laboral; que al no ser, adecuadamente atendidas llevan al síndrome de burnout; que se manifiesta, como una condición depresiva que involucra otros signos y síntomas como: fatiga, debilidad física y susceptibilidad a enfermedades, trastornos del sueño, alteración del peso, irritabilidad y frustración, episodios de llanto y sentimientos de ineficacia profesional entre las enfermeras afectadas (11).

Nursalam N, Dwi R, Riyadi S, Hadi M, Bushy A, ejecutan una investigación titulada “Desarrollo de un modelo del empoderamiento, el síndrome de burnout y la calidad de vida laboral en enfermería” en Surabaya, Indonesia; con el objetivo de establecer la asociación entre el empoderamiento, el síndrome de burnout y la calidad de vida laboral de enfermería; para lo cual realizaron un estudio

observacional correlacional de corte transversal; se empleó una muestra de 134 enfermeras a las que se les administró el “QWL Scale” y el “Holland Burnout Assessment Survey”, entre los resultados se destaca que la baja calidad de vida laboral es un factor predictor del síndrome de burnout. Asimismo, la calidad de vida laboral es baja; porque, el medio laboral es: tóxico y negativo, los desacuerdos entre colegas son frecuentes, la moral de las enfermeras esta disminuida, la productividad organizacional es baja, el desempeño es insuficiente, la competitividad es reducida, los beneficio escasos, y la salud física y mental esta aquejada; estos problemas llevan a que una proporción de enfermeras presenten el síndrome de burnout; sobre todo en enfermeras que trabajaban con mayor esmero y pasión y que después de un tiempo no obtuvieron las recompensas esperadas; el síndrome de burnout en las enfermeras se manifiesta con un estrés irresoluble y un desapego contraproducente (irritabilidad, despersonalización, negligencia, abandono del trabajo y actitudes despectivas e insensibles hacia los receptores) también aparece una tendencia a evaluarse negativamente y sentirse incompetentes e insatisfechas con los logros laborales (12).

Ruiz M, Pérez E, Ortega M, efectúan la investigación titulada “Calidad de vida en profesionales de enfermería: burnout, fatiga y satisfacción de la compasión” en Andalucía, España, con el objetivo de analizar la calidad de vida de los profesionales de enfermería y su relación con el síndrome de burnout; para lo cual efectuaron un estudio de diseño transversal, descriptivo y multicéntrico, se empleó una muestra de 1521 enfermeras a las que les administraron el cuestionario “ProQOL V” y el “Maslach Burnout Inventory”; entre los resultados se destaca que

existe asociación significativa inversa entre la calidad de vida y el síndrome de burnout; además se evidencio que la calidad de vida en las enfermeras esta disminuida debido a que: el sistema de salud brinda pocas oportunidades de desarrollo profesional, hay problemas de comunicación entre los miembros del equipo de salud, las instituciones no apoyan la capacitación de las enfermeras, las políticas y procedimientos institucionales dificultan el trabajo de enfermería, los ambientes son inseguros, y los gerentes desvalorizan el trabajo de enfermería; las permanencia de estas circunstancias han suscitado el síndrome de burnout en las enfermeras las que han declarado, que se sienten permanentemente cansadas, sus pensamientos son lentos, y que se sienten impotentes y sin esperanzas en su actual medio laboral (13).

Hemanathan R, Prakasam P, Golda M; ejecutan una investigación titulada “Calidad de vida laboral entre enfermeras en un hospital de atención terciaria” en Narayana, la India; con el objetivo de identificar la calidad de vida laboral de los enfermeros y asociarla con sus variables sociodemográficas seleccionadas. Se utilizó un diseño de investigación descriptiva transversal para realizar el estudio en el Hospital y Colegio Médico de Narayana, Nellore. Se eligieron 100 enfermeras mediante la técnica de muestreo de conveniencia no probabilística para participar en el estudio. La herramienta utilizada para recopilar datos fue la calidad de vida laboral de enfermería de Brooks y Anderson. Se administraron cuestionarios a las enfermeras y se recolectaron los datos. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas como frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar y estadísticas inferenciales como ANOVA de una vía. En cuanto a la calidad de

vida laboral de enfermería, el 89% de las enfermeras reportó calidad de vida laboral moderada y el 11% reportó calidad de vida laboral alta. Al analizar las dimensiones de calidad de vida laboral de enfermería, la puntuación media más alta se observó en el diseño del trabajo, seguida de la vida laboral / familiar, el contexto laboral y la puntuación media más baja en la dimensión mundo laboral. La asociación de variables sociodemográficas con calidad de vida laboral de enfermería grupo de edad más joven, educación, área de residencia y estado civil tiene asociación significativa. Al asociar las características relacionadas con el trabajo, los años de experiencia (1-3), el número de tareas nocturnas (5-7 días), el número de tareas de horas extraordinarias (3-4 días), el trabajo en días libres y el descanso en el momento adecuado. una asociación significativa con la calidad de vida laboral de enfermería. El presente estudio encuentra que la mayoría de las enfermeras tenían una calidad de vida laboral de enfermería moderada. Para lograr un alto nivel de atención, es fundamental tener una vida laboral de calidad y el compromiso de las enfermeras en el trabajo (14).

Wara N, Rampengan S, Korompis M, Rattu A; desarrollan una investigación titulada “Correlación entre la calidad de vida laboral (QWL) con la productividad de la enfermera en la sala de hospitalización Bhayangkara Tk III Hospital Manado” en Yogyakarta, Indonesia; con el objetivo de conocer la relación entre la calidad de vida laboral (implicación de los empleados, desarrollo profesional, orgullo de institución, compensación equilibrada, seguridad laboral, instalaciones disponibles, seguridad del ambiente laboral, resolución de problemas y comunicación) con Productividad laboral en la profesión de enfermera en la sala de pacientes

hospitalizados Bhayangkara TK III Manado Hospital. El diseño del estudio utilizando un enfoque analítico transversal que se llevó a cabo en julio - diciembre de 2017 en el Hospital Bhayangkara TK III Manado. Se utilizó la técnica de muestreo total considerando los criterios de inclusión las enfermeras que trabajan > 3 meses y los criterios de exclusión son las enfermeras que están en licencia. El análisis utilizó la prueba de chi-cuadrado y partió de univariante, bivariado y multivariado. Los resultados mostraron que el valor p de participación de los empleados (0.089), desarrollo profesional (0.006), orgullo de las instituciones (0.060), compensación balanceada (0.005), instalaciones disponibles (0.014), seguridad ocupacional (0.388) seguridad laboral (0,003), resolución de problemas (0,006), comunicación (0,009) con productividad laboral de enfermeras hospitalizadas en el Hospital Bhayangkara Tk III Manado. Se concluye en que existe una relación entre el desarrollo profesional, la compensación equilibrada, las instalaciones disponibles, la seguridad en el ambiente laboral, la comunicación y la resolución de problemas son las variables más relacionadas con la productividad laboral de las enfermeras (15).

Albaqawi H, ejecutan una investigación titulada “Calidad de vida laboral de enfermería entre enfermeras en la región de Hail, Reino de Arabia Saudita: redefiniendo los límites del trabajo y la vida” en Hail, Arabia Saudita; con el objetivo de establecer las características de la calidad de vida laboral en las enfermeras; esta investigación empleó un diseño transversal cuantitativo para investigar la calidad de vida laboral de enfermería entre las enfermeras. Entre los encuestados se encuentran las enfermeras del personal de los hospitales del

Ministerio de Salud de Hail City, Reino de Arabia Saudita. El instrumento utilizado fue adaptado de la versión turca de la escala de calidad de vida laboral de enfermería, ya que es relevante para el contexto local de la región de Hail. El instrumento fue sometido a una prueba de confiabilidad que resultó en una alta confiabilidad de .93. Las consideraciones éticas se garantizaron plenamente durante todo el proceso de investigación. En general, la calidad de vida laboral de enfermería en lo que respecta al clima laboral reveló $3,72 + 0,97$; la relación con los gerentes resultó en $3,78 + 1,06$; las condiciones de trabajo revelaron $3.23 + 1.18$ en la percepción del trabajo revelaron $3.92 + 0.83$ y $3.83 + 0.91$ en los servicios de apoyo. El resultado adicional muestra que se pronuncian diferencias significativas en la edad de las enfermeras y las condiciones de trabajo ($p = 0,011$); Estado civil y servicios de apoyo ($p = 0,012$); y educación para relacionarse con gerentes ($p = 0,000$). Las variables específicas pueden influir en gran medida en la calidad de vida laboral de enfermería del personal de enfermería en los hospitales de la región de Hail, Reino de Arabia Saudita. La diferencia significativa pronunciada entre las variables demográficas como la edad, el estado civil y la educación sugiere que el personal de enfermería de los hospitales de la región de Hail, Reino de Arabia Saudita debe ir más allá del estándar esperado. Estas variables específicas pueden ser de importancia en la elaboración de programas para mejorar la calidad de vida laboral de enfermería (16).

Sansó N, Galiana L, Oliver A, realizan un estudio titulado “Predicción de la calidad de vida profesional y la satisfacción con la vida en enfermeras españolas: un estudio transversal” en Valencia, España; con el objetivo de establecer el efecto

del autocuidado y la autocompasión en la calidad de vida y el bienestar profesional de las enfermeras. La investigación tuvo un diseño transversal, utilizó metodología correlacional y se hipotetizó un modelo de ecuaciones estructurales. A lo largo del estudio participaron 210 enfermeros del Sistema Público Sanitario de las Illes Balears. Entre los resultados se destaca que el modelo hipotetizado mostró un ajuste general adecuado. El entorno de práctica predijo tanto el autocuidado como la autocompasión, mientras que el estrés de enfermería no lo hizo. El autocuidado y la autocompasión predijeron la calidad de vida profesional de las enfermeras, mientras que el entorno de la práctica y el estrés de la enfermería no fueron predictores. Finalmente, la calidad de vida profesional mostró una relación positiva con la satisfacción con la vida. El estudio presenta un modelo integral de ecuaciones estructurales en el que el autocuidado y la autocompasión son los mejores predictores de la calidad de vida profesional del enfermero. También se ha encontrado una relación directa entre la calidad de vida profesional y el bienestar de las enfermeras, al tiempo que se controlan los efectos del entorno de práctica de las enfermeras y el estrés (17).

Muñoz Osorio Yudi, Osorio Moreno Diana, Robles Díaz Elena, Romero Ferreira Yadira, en la ciudad de Ibagué –Colombia, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital de referencia Ibagué 2014” cuyo objetivo era evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en el profesional de enfermería de un hospital referente de la ciudad colombiana y su asociación con variables sociodemográficas, el estudio fue de corte transversal, con un total de participantes de 174 enfermeras(os), con el instrumento de MBI

(Maslach Burnout Inventory), los resultados revelaron que la prevalencia de Burnout fue de 20.1% ,asimismo el 27.1% presentó nada, el 15.5% presentó poco, el 20.7% presentó medio, el 16.1% bastante y 20.1% extremo, y con respecto a las dimensiones encontramos que el 35.1% presentó cansancio emocional bajo, el 32.2% medio y el 32.8% alto, en la dimensión despersonalización el 45.4% presentó bajo, el 29.9 presentó medio y el 24.7 alto con respecto al Realización personal el 35.6% presentó bajo, el 31% presentó medio y el 33.35 Alto, los profesionales de enfermería, al momento de la encuesta tenían una vinculación temporal o de supernumerario, los servicios tomados en cuenta para el estudio fueron; administrativos, oncología, camillero, esterilización y los hombres y aquellos que manifestaron tener más de un 21 contrato, presentaron indicadores de burnout mayores al 20,1%. Los factores que probablemente tienen mayor incidencia en la presencia del síndrome son el número de hijos, el ser hombre. Llegando a la siguiente conclusión: Respecto a otros estudios, este estudio revela que la prevalencia del síndrome de Burnout en este hospital de referencia es mayor (18).

De la Cruz de Paz Estefanía, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria”, en España, con el objetivo de describir las características que determinan y evalúan la prevalencia del síndrome de Burnout, en los profesionales de enfermería de la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario del Río Hortega, en cuanto al método es un estudio descriptivo, de corte transversal, la población constó de 50 enfermeras, con respecto al Síndrome de Burnout, el 24% presentó riesgo muy alto, seguido del 16% con riesgo medio, luego el 4% riesgo

alto y el 26% riesgo bajo, se concluyó: El perfil de la enfermera afectada de Burnout corresponde al de un profesional con experiencia laboral de más de 10 años, con baja realización personal (RP) en su trabajo, por encima del resto está el agotamiento personal (AP), la despersonalización (D) en niveles medios, con una prevalencia del 14% de profesionales afectados con las tres dimensiones en niveles altos, y con un alto riesgo de padecer el síndrome 24% con dos dimensiones en niveles elevados y la tercera en nivel medio (18).

ANTECEDENTE NACIONAL

Conislla J, realiza una investigación titulada “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Laboral en el personal asistencial del Centro Materno Infantil Rímac” en Lima, Perú, con el objetivo de establecer la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida profesional de los trabajadores profesionales asistenciales (médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras, etc., de dicho centro médico); para lo cual se realizó un estudio de nivel correlacional de diseño no experimental y de tipo básico, prospectivo, transversal; se empleó una muestra de 50 enfermeras a las que se les administró el “Maslach Burnout Inventory (MBI)” y el “Cuestionario para Calidad de Vida Profesional (CVP-35)”; entre los resultados se destaca que existe un coeficiente de correlación débil entre el síndrome de burnout y calidad de vida profesional; asimismo se evidencia que el deterioro de la calidad de vida en las enfermeras se debe a los problemas de comunicación entre los gerentes, supervisoras y las enfermeras, existe sobrecarga laboral, hay conflicto entre el trabajo y la familia, además de bajos salarios; en las enfermeras afectadas por el síndrome burnout se aprecia que tienen dificultades para concentrarse, son insensibles con las necesidades de otras personas, están irritables y con falta de empatía de forma permanente (18).

Gómez Francia M, Ruiz Llontop M, en Chiclayo Perú, en el año 2014, realizaron el estudio “Dimensiones del Síndrome de Burnout en profesional de enfermería del Hospital de Chiclayo, 2014”, cuyo objetivo; fue describir los niveles de las dimensiones del Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital

de Chiclayo, el método utilizado fue de tipo cualitativo, de corte transversal, la muestra estuvo conformado por 288 profesionales de enfermería , los resultados fueron un 19% del personal que padece del síndrome, mientras que un 81% no lo padece concluyendo lo siguiente: En relación al sexo, se observó diferencia en las dimensiones de despersonalización y realización 28 personal; los hombres tuvieron niveles Alto y Bajo mientras que las mujeres puntuaron niveles medios. No se halló diferencias entre los grupos según edad (19).

Suasnabar Cayco MK; en Lima – Perú, en el año 2017, se realizó, la presente investigación, titulada “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológica, que tuvo como objetivo determinar la relación entre Síndrome de Burnout y Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental, transversal. La Metodología es hipotético deductivo, debido a que se realizó una observación para determinar el problema de la investigación, el cual conllevó a la elaboración de la hipótesis. Por consiguiente, se realizará deducciones a partir del resultado de la hipótesis. Población, cuenta con 112 enfermeras, encargados de brindar cuidado integral y humanizado en 14 servicios de salud, los resultados, síndrome de burnout presentó bajo, 3.5% medio 95.3%, alto 1.2% en dimensiones, en agotamiento emocional el 43% presentó bajo, 55,8% medio 1.2% alto, en despersonalización el 40.7% presentó bajo, 44.2% medio y 15.1% alto y realización personal un 79.1% medio 20.9% alto con respecto a calidad de vida profesional presentó 67.4% medio, 8.1% bajo y 24.4% alto con respecto a sus dimensiones encontramos en apoyo directivo 25.6% bajo, 64% medio

y 10.5% alto, en carga de trabajo encontramos 17.4% bajo, 54.7% medio y 27.9% alto y en motivación intrínseca 3.5% bajo, 37.2% medio y 59.3% alto por lo que se concluye: Existe una relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017. ($p=0,030$; $r=-0,738$), es decir en la medida que aumenten 27 los niveles del síndrome de burnout, disminuirá la calidad de vida profesional de las enfermeras (20).

Ceperian Velazquez Ceferina, en Lima Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Calidad de vida profesional que tienen las enfermeras que laboran en el Hospital San José de Chincha diciembre 2016”, con el objetivo de determinar la Calidad de vida profesional de las enfermeras del Hospital San José de Chincha diciembre 2016, el tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la muestra estaba conformada por 50 enfermeras de salud, la recolección de datos se obtuvo por muestreo no probabilístico, dentro de los resultados se encontró que la calidad de vida profesional de las enfermeras fue regular, en las dimensiones, discomfort derivado del trabajo con un 64%, soporte emocional de los directivos con un 66%, carga de trabajo con 38%, apoyo social 60%, y motivación intrínseca con un 58% y asimismo tenemos la dimensión recursos ligados al lugar del trabajo con un 42% y capacitación para realizar el trabajo fue 56%, siendo de manera general regular en 52%, en conclusión: la calidad de vida profesional es regular en las enfermeras profesionales de salud que laboran en el Hospital San José de Chincha, diciembre 2016 (21).

(Vidal, 2019) realizó la investigación “Síndrome de Burnout y desempeño docente en las instituciones educativas del Distrito de Poroto, Trujillo – 2019”. La muestra del estudio estuvo conformada por 52 de docentes, los resultados obtenidos permiten concluir la existencia de una correlación moderada, inversa entre el Síndrome de Burnout y desempeño docente. Consecuentemente, se demuestra que el Síndrome de Burnout afecta el accionar de los docentes. Finalmente, el docente tiende a asumir actitud negativa, debido a las exigencias lectivas y no lectivas designadas. (Álvarez, 2018) en la investigación “Relación entre el Síndrome de Burnout y el Desempeño de los docentes de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Mariano Melgar – Arequipa 2017”, en la Universidad San Pedro. En la investigación se señala lo siguiente: • Se comprobó una correlación significativa alta inversa entre las variables de estudio, cumpliéndose la hipótesis planteada. • Consta una correlación altamente significativa inversa donde el r de Pearson es = -0.971, demostrando que a menor agotamiento emocional hay un mayor desempeño docente. • Se justificó una correlación altamente significativa inversa donde el r de Pearson = -0,954, señalando que a un descenso de despersonalización hay mayor desempeño docente. 22 • Se acreditó una correlación directa altamente significativa donde r de Pearson = 0,986, evidenciando que ante pequeño puntaje en el nivel bajo de realización personal hay mínimo desempeño docente.(22)

Cruz Peña, Betty en el año 2018, en su estudio cuyo objetivo general fue, determinar el nivel del síndrome de burnout que presenta el personal de enfermería que labora en centro quirúrgico del hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta, Trujillo 2017, se aplicó una investigación cuantitativa de diseño no experimental

descriptiva de corte transversal. Se consideró un universo muestral de 30 licenciadas en enfermería debido al reducido tamaño de la población; se aplicó un instrumento válido y confiable Maslach Burnout Inventory MBI. Los resultados señalan que el 10% de las profesionales de Enfermería presentan síndrome de Burnout y el 53% presentan tendencia al mismo; un alto porcentaje (80%) presenta un nivel bajo en la dimensión agotamiento emocional; el 67% presenta un nivel bajo en la dimensión despersonalización; un alto porcentaje (80%) de enfermeras presenta un nivel bajo en la dimensión realización personal; como conclusión general se ha determinado que el personal de enfermería 21 que labora en centro quirúrgico del mencionado hospital presentan un nivel bajo en cuanto al síndrome de Burnout, siendo la despersonalización, la dimensión que más tiende al nivel medio (23)

Tracios Q. (2016), Esta investigación titulada “Síndrome de burnout en personal de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2016” se encontró los resultados del total 100% (35), 71.4% (25) tienen medio, 17.1% (6) bajo y 11.4% (4) alto. En la dimensión agotamiento emocional del 100% (35) 62.9% (22) es bajo, 20.0% (7) es medio y 17.1% (6) es alto. En la dimensión de despersonalización del 100% (35) 42.9% (15) es alto, 34.3% (12) es bajo y 22.9% (8) es medio. En la dimensión baja realización personal del 100% (35) 54.3% (19) es bajo, 34.3% (12) es alto y 11.4% (4) es medio. (21)

Flores, G. (2015), en el estudio titulado “Síndrome de Burnout en Enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital San José Callao, lima – Perú”, los resultados, del 100% (18), 66% (12) tienen síndrome de burnout en un nivel medio, 17% (03)

bajo y 17% (03) alto. En la dimensión cansancio emocional, 50% (09) tienen medio, 28% (05) bajo y 22% (04) alto. En la despersonalización 61% (11) tiene medio, 11% (02) bajo y 28% (05) alto; en la realización personal 50% (09) es medio, 22% (04) bajo y 28% alto. (24)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA

La calidad de vida laboral es la percepción de un empleado hacia su trabajo, organización y empleador, mientras que la calidad de vida laboral de enfermería es el grado en que las enfermeras registradas pueden satisfacer sus necesidades personales a través de experiencias en la organización laboral mientras logran los objetivos de la organización. El nivel de calidad de la vida laboral en enfermería aún era diverso, desde bajo, moderado y alto. La calidad de la vida laboral de enfermería está influenciada por sus relaciones con los colegas, la libertad de toma de decisiones, el estilo de liderazgo y gestión, las características demográficas, el salario y los beneficios, los turnos y la carga de trabajo (19).

El mejor indicador de la calidad de la vida laboral de enfermería es el ingreso mensual, seguido por el ambiente de trabajo, el compromiso organizacional y el estrés laboral. La calidad de la vida laboral de enfermería tiene varios impactos en las enfermeras, los servicios de enfermería y las organizaciones. Varios estudios revelaron que la calidad de la vida laboral de enfermería estaba relacionada con la calidad de la atención de enfermería, la productividad laboral, el agotamiento del trabajo, la satisfacción laboral, los obstáculos al desempeño, la violencia horizontal, el afrontamiento religioso, la efectividad organizacional y el compromiso organizacional (20).

Cuando las organizaciones evalúan la vida laboral de enfermería, puede ayudarlas a comprender cómo el diseño del trabajo, los entornos de trabajo, las influencias sociales y el equilibrio entre la vida laboral y hogareña impactan a las enfermeras y, por lo tanto, impactan la productividad de la organización. Además, al evaluar la calidad de la vida laboral de enfermería, las organizaciones sabrán qué áreas de la vida laboral deben mejorarse. La calidad de las mejoras en la vida laboral de enfermería se recomienda mucho; sin embargo, no especificaron qué pasos deberían

tomarse. Los gerentes de enfermería brindan intervenciones efectivas para mejorar los aspectos de respeto y autonomía de la calidad de vida laboral en enfermería (21).

Es difícil diseñar los trabajos exclusivamente para las necesidades de la tecnología sin tener en cuenta las necesidades de las enfermeras. Existe una demanda general para desarrollar trabajos humanizados que puedan satisfacer las necesidades de las enfermeras. Los trabajos deben ser excelentes tanto desde el punto de vista tecnológico como humano. Mientras se diseña el trabajo, las enfermeras deben ser tratadas como un recurso que se debe desarrollar en lugar de simplemente usar. En vista de esto, los diseños de trabajo tradicionales deben reemplazarse por un diseño de trabajo enriquecido. En el proceso de diseño de trabajo enriquecido, se debe considerar una amplia variedad de intervenciones en la calidad de vida laboral que contribuyen positivamente a las satisfacciones y el desempeño de las enfermeras (22).

La intervención de calidad de vida laboral aprovecha al máximo el potencial de una enfermera, asegura una mayor participación y participación de las enfermeras, puede facilitar el trabajo, mejorar la calidad y aumentar la eficiencia (23).

La calidad de vida laboral requiere un entorno laboral favorable que apoya y promueve la satisfacción al proporcionar a las enfermeras recompensas, seguridad laboral, oportunidades de crecimiento profesional, etc. el entorno laboral es capaz de satisfacer las necesidades personales de las enfermeras. Se considera que proporciona un efecto de interacción positiva, lo que conducirá a una excelente calidad de vida laboral. Las necesidades personales se satisfacen cuando las recompensas de la organización, tales como compensación, promoción, reconocimiento y desarrollo satisfacen sus expectativas. Los elementos que son relevantes para la calidad de vida laboral de una enfermera incluyen la tarea, el entorno físico de trabajo, el entorno social dentro de la organización, el sistema administrativo y la relación entre la vida dentro y fuera del trabajo (24).

La calidad de vida laboral es una construcción multidimensional, compuesta por una serie de factores interrelacionados que necesitan una cuidadosa consideración

para conceptualizar y medir. Se asocia con la satisfacción laboral, la participación laboral, la motivación, la productividad, la salud, la seguridad, la seguridad laboral, el desarrollo de competencias y el equilibrio entre la vida laboral y la no laboral. La calidad de vida laboral es un proceso mediante el cual una organización responde a las necesidades de las enfermeras para desarrollar mecanismos que les permitan compartir plenamente en la toma de decisiones que diseñan sus vidas en el trabajo (1).

Los programas de calidad de vida laboral beneficiarán tanto al profesorado como a la administración, al resolver mutuamente problemas relacionados con el trabajo, desarrollar la cooperación, mejorar los entornos de trabajo, reestructurar las tareas con cuidado y administrar de manera justa los resultados de los recursos humanos y las recompensas; la satisfacción profesional, el logro profesional y el equilibrio profesional no son las variables significativas para lograr una buena calidad de vida laboral. La calidad de vida laboral es una construcción multidimensional, compuesta de una serie de factores interrelacionados que necesitan una cuidadosa consideración para conceptualizar y medir. Se asocia con la satisfacción laboral, la participación laboral, la motivación, la productividad, la salud, la seguridad y el bienestar, la seguridad laboral, el desarrollo de competencias y el equilibrio entre la vida laboral y no laboral. La calidad de vida laboral puede verse como un concepto de amplio alcance, que incluye la satisfacción hacia el trabajo, la gestión participativa y la mejora del entorno laboral (25).

2.2.1.1. APOYO DIRECTIVO

El apoyo directivo es la medida en que las enfermeras perciben que la organización valora sus contribuciones y se preocupa por su bienestar. Este es un factor clave para influir en el compromiso de las enfermeras con la organización, la satisfacción laboral y la calidad general de la vida laboral. En el entorno empresarial competitivo de hoy, se puede ver que las enfermeras de las organizaciones representan un recurso organizativo único, que se puede utilizar para obtener una ventaja competitiva en un entorno laboral propicio para el trabajo humano. El apoyo organizacional es uno de los conceptos organizacionales más importantes que

mantienen a las enfermeras en la organización, ya que el apoyo organizacional es conocido como un factor clave para aumentar la satisfacción laboral y el compromiso organizacional de las enfermeras. El apoyo organizacional y, en consecuencia, la capacidad de influir es cómo las enfermeras interpretan los motivos subyacentes al tratamiento por parte de la organización. Los líderes organizacionales tendrían que considerar seriamente abordar las políticas y programas respaldados por la organización en un esfuerzo por preservar un nivel aceptable de apoyo organizacional percibido (26).

Investigaciones anteriores también encontraron que el apoyo organizacional era un predictor más significativo del compromiso organizacional que el apoyo y la tutoría de los supervisores. Este resultado es capaz de distinguir entre el apoyo organizacional percibido y el apoyo percibido del equipo de los trabajadores. Un trabajador también capaz de distinguir el apoyo percibido del equipo juega simplemente un papel de apoyo, mientras que el apoyo organizacional percibido es de la organización. Un ejemplo común de apoyo de equipo son los programas de mentoría y entrenamiento. Posteriormente, ejemplos de programas de apoyo organizacional podrían incluir intervenciones de socialización, procedimientos operativos justos, recompensas y condiciones de trabajo. Un entorno organizacional propicio para el trabajo humano requiere la creación de condiciones de trabajo que puedan mejorar la calidad de la vida laboral de la enfermera en la organización, un mayor rendimiento y productividad (27).

Para conseguir el compromiso y motivación incluirán actividades de contratación, evaluación, compensación, capacitación y desarrollo selectivos. El apoyo organizacional se define como las creencias globales de las enfermeras con respecto a la medida en que la organización valora sus contribuciones y se preocupa por su bienestar. Como las enfermeras hacen atribuciones sobre las organizaciones, pueden percibir su tratamiento como si la organización los favorece o no. Los procesos de atribución de las enfermeras se utilizan para inferir el apoyo organizacional. Estos procesos de atribución se basan en la experiencia con respecto a las intenciones de políticas, normas o acciones de una organización que afectan a

los trabajadores. Muchas empresas compiten con organizaciones en países vecinos que ofrecen salarios hasta dos o tres veces más altos y con tasas de cambio favorables. Se vuelve aún más importante para las empresas en salud buscar medidas creativas para retener el talento que ofrece una remuneración competitiva y programas formales de aprendizaje, a través de fomentar un ambiente de trabajo familiar que ofrezca beneficios adicionales como instalaciones de cuidado infantil y horarios de trabajo flexibles (28).

El apoyo organizativo percibido reduce los estresores en el lugar de trabajo y está potencialmente involucrado en el tratamiento de la fatiga, la emoción y la depresión relacionadas con el trabajo. Los entornos ocupacionales de apoyo son el factor más importante en la creación de satisfacción laboral para las enfermeras que influyen positivamente en el tratamiento, la absorción y el mantenimiento de la mano de obra de los pacientes en la organización. Un clima con altos niveles de apoyo disminuye la tensión ocupacional y mantiene a las enfermeras en la organización (29).

Además, algunos estudios han revelado que el apoyo organizacional percibido se correlaciona negativamente con el absentismo laboral y la intención de rotación, mientras que se correlaciona positivamente con la expectativa de adjudicación, el papel del desempeño y el comportamiento social, los comportamientos preventivos y también el compromiso organizativo y, posteriormente, la autocompetencia. El comportamiento de apoyo de los líderes de enfermería desempeña un papel clave en la productividad y promueve el desempeño profesional de las enfermeras (30).

Las organizaciones de salud están compuestas por enfermeras que disfrutan de propósitos comunes y alcanzar estos objetivos sería factible mediante la utilización adecuada de las fuentes humanas. Sin embargo, la estructura organizativa tiene y puede tener un efecto dramático en los miembros de la organización. Además, dada la estructura organizativa, el comportamiento de las enfermeras puede explicarse o predecirse. Generalmente en el diseño de la estructura organizacional los elementos principales; la división del trabajo, los grupos de trabajo, la cadena de mando, el dominio de control y la centralización o descentralización y la formalización de los trabajos deben tenerse en cuenta. La evidencia disponible también sugiere que la

división del trabajo aumentará la productividad de las enfermeras y las diferencias individuales, como la experiencia, el carácter y el tipo de trabajo que deben realizar las enfermeras (31).

La equidad y la igualdad, el apoyo del supervisor, las recompensas organizacionales y los contextos laborales conducirán a un comportamiento aceptable de las enfermeras en las organizaciones de salud. Y un aumento en las percepciones de las enfermeras sobre el apoyo organizacional, por un lado, aumentará el desempeño de las enfermeras y su deseo de permanecer en la empresa y, por otro lado, provocará una reducción de las tensiones laborales y comportamientos actitudinales (como el deseo de dejar el servicio). Según su afirmación, la evidencia disponible sugiere que el apoyo organizacional tiene un efecto positivo en el compromiso organizacional y la seguridad laboral. Y por derecho propio aumentará la productividad, el rendimiento, ayudará a los colegas, el compromiso organizacional emocional y el comportamiento organizacional afectivo. Disfrutar de un alto compromiso organizacional también aumentará la productividad y los servicios y la eficiencia de las enfermeras y su deficiencia. Seguirá una falta de satisfacción laboral, baja ética laboral, ausencias frecuentes y trastornos de salud mental mostraron que las enfermeras que disfrutaban de un mayor compromiso emocional con la organización, también tienen una mayor productividad (32).

El sistema de valores de la calidad de vida laboral estima la inversión en las enfermeras como la variable más importante en la ecuación de gestión estratégica; Esto significa que satisfacer las necesidades de la enfermera conducirá a una mejora, eficiencia y productividad a largo plazo de la organización. La productividad sirve como la razón principal detrás de la responsabilidad fundamental y la existencia de los gerentes y el papel de supervisión de los gerentes en las organizaciones de salud; por lo tanto, puede promover la eficiencia, y con un liderazgo efectivo y eficiente, conducirá a decisiones firmes sobre recursos más efectivos y productivos, tales como recursos materiales, financieros y particularmente humanos. Mediante la aplicación de medidas apropiadas, la gestión

puede considerarse un factor que crea calidad de vida laboral y, al mismo tiempo, podría considerarse un factor eficaz en la mejora de la productividad (26).

2.2.1.2. CARGAS DE TRABAJO

La carga de trabajo de enfermería es la proporción de demandas o la carga de tareas realizadas por la enfermera, se puede dividir en dos palabras principales, "trabajo" y "carga"; el trabajo son las actividades que generan valor en la salud del paciente o en la dinámica de la organización de salud, es la actividad que realiza regularmente principalmente para ganar dinero; mientras que "cargar" es cantidad de trabajo que tienen que realizar la enfermera dentro de un período específico (33).

La carga de trabajo en enfermería posee las siguientes características: la cantidad de tiempo que se les asigna de acuerdo a la gravedad del paciente, el nivel de conocimiento y habilidades debe de tener para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente, la atención directa al paciente que se debe de realizar, el esfuerzo físico, el proceso mental y el esfuerzo emocional se realizaron durante el cuidado, incluidos: agacharse, levantar, empujar, mover, cargar, cuidar, pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones, la capacidad de la enfermera para cambiar de actividades cuando debe de cuidar de otros pacientes con diferentes niveles de gravedad, atender complicaciones inesperadas del paciente y cambios repentinos en la gravedad de la enfermedad, cambiar el procedimiento de enfermería y la falta de suministros (se ha denominado la complejidad de cuidado) (34).

La medición de la carga de trabajo de enfermería es un requisito previo para identificar los niveles adecuados de personal de enfermería para proporcionar atención de enfermería segura y de alta calidad. Desafortunadamente, la naturaleza invisible del trabajo de enfermería dificulta la medición de cada actividad de enfermería. En términos de medición de la carga de trabajo de enfermería, principalmente necesitamos definir el trabajo de enfermería en el término funcional. La función única de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en el

desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o una muerte pacífica) que él realizaría sin ayuda si tenía la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Por lo tanto, el trabajo de enfermería abarca tanto el trabajo que realiza la enfermera en nombre del paciente como el trabajo no relacionado con el paciente (35).

Los enfoques para la medición de la carga de trabajo de enfermería se pueden clasificar en dos grupos principales, el método basado en la actividad y el método basado en la dependencia. El método basado en actividades implica medir las actividades de enfermería donde cada actividad tiene, a través de observaciones, una cantidad específica de tiempo para ser realizada. El punto fuerte del método basado en actividades se basa en su capacidad para medir las tareas que realizan las enfermeras en su trabajo. Donde, por otro lado, la principal limitación es que se enfoca en la atención de enfermería brindada e ignora las necesidades no satisfechas de los pacientes. Por lo tanto, los métodos basados en actividades miden solo los cuidados de enfermería directos (intensidad de enfermería) (36).

Los estudios de enfermería consideran la "intensidad de enfermería" en términos de atención de enfermería directa al paciente; Puede ser apropiado aceptar esta conceptualización de "intensidad de enfermería" y al mismo tiempo advertir que limite el uso de "intensidad de enfermería" en la medición de la carga de trabajo de enfermería. Por el contrario, el método basado en la dependencia utiliza una clasificación simple como firmar pacientes en grupos sobre la base de una herramienta de indicador crítico. Estos indicadores se trazan en una escala de 1 a 4 o 5 categorías, donde cada categoría refleja el nivel de la demanda del paciente sobre el tiempo de lactancia durante un período de 24 horas (37).

Las herramientas de dependencia del paciente a veces se conocen como herramientas de ponderación de casos y se dice que se utilizan para clasificar las necesidades del paciente. Por lo tanto, el Sistema de clasificación de pacientes es un ejemplo de un método basado en la dependencia. Sin embargo, el método basado en la dependencia se enfoca en el tipo de atención al paciente que se necesita y las tareas de enfermería que satisfacen solo esas necesidades. Mientras que otras

actividades de enfermería como la atención indirecta al paciente o la atención no relacionada con el paciente no se miden. Por lo tanto, la dependencia del paciente no es una medida adecuada de la carga de trabajo de enfermería, ya que solo captura un aspecto del trabajo de enfermería. Considerar la dependencia del paciente como una medida adecuada de la carga de trabajo conduce a una evaluación incompleta de la actividad laboral de enfermería (38).

El cuidado directo de enfermería es el resultado de las actividades de enfermería realizadas en presencia del paciente o de la familia y el cuidado representa cualquier trabajo realizado fuera del paciente, que difiere del tiempo que podría participar en actividades que no sean de enfermería, tales como administrar una unidad de enfermería, educar a estudiantes de enfermería, asistir a reuniones o seminarios del personal y otras tareas similares. Por lo tanto, la carga de trabajo de enfermería debe calcularse de acuerdo con el tipo de actividad de enfermería y no con el mismo patrón y porcentaje. El sistema de carga de trabajo (RAFAELA) supone que las actividades que no son de enfermería consumen 2 horas, mientras que solo el 76% de las 6 horas restantes se dedican a la atención directa del paciente y el 24% a la atención indirecta del paciente (39).

Los aumentos en el nivel de actividades no relacionadas con la enfermería, como la administración del personal y la unidad, la supervisión y capacitación de los estudiantes, la respuesta a llamadas telefónicas, el suministro de suministros médicos, las reuniones del personal y el trabajo administrativo del sistema, conducirán a un aumento en la carga de trabajo de la enfermera. Sin embargo, el nivel de "actividades directas de enfermería relacionadas con el paciente" se mide por el peso de la "intensidad de enfermería". Por lo tanto, el nivel de intensidad de enfermería que está influenciado por la dependencia del paciente, la gravedad de la enfermedad y la complejidad de la atención tiene un impacto importante en el nivel de carga de trabajo de enfermería (40).

La herramienta de medición de la carga de trabajo de enfermería de la comunidad escocesa introdujo un enfoque consistente para medir la carga de trabajo de enfermería que abarca seis categorías de trabajo de enfermería. Estas categorías se

describen de la siguiente manera: contacto cara a cara: la atención directa al paciente, contacto no cara a cara: la atención indirecta al paciente, carga de trabajo asociada: la no paciente atención relacionada, visitas domiciliarias y sesiones planificadas, viajes e informes de excepciones. La herramienta proporciona un juicio profesional y cubre todo el tiempo de enfermería, incluyendo caminar, esperar, tiempo de estacionamiento y eventos extraordinarios como el clima adverso y la descomposición del automóvil que tienen un impacto en la carga de trabajo (41).

La carga de trabajo de enfermería es la cantidad de tiempo y atención que una enfermera puede dedicar (directa e indirectamente) a los pacientes, el lugar de trabajo y el desarrollo profesional. Por lo tanto, la totalidad del tiempo de enfermería que las enfermeras necesitan para llevar a cabo tanto las actividades de enfermería como las actividades que no son de enfermería debe considerarse al medir la carga de trabajo de enfermería. De esta manera, la definición actual abarca todas las posibles actividades de enfermería y actividades no relacionadas con la enfermería que podrían tener una carga en la fuerza laboral de enfermería. Las actividades de enfermería pueden ser atención directa (intensidad de enfermería) o atención indirecta o pueden ser ambas (dependencia del paciente). Mientras que las actividades no relacionadas con la enfermería abarcan todos los trabajos administrativos, como la gestión de la unidad, las reuniones del personal, la asistencia a seminarios y otros trabajos no relacionados con el paciente que no deben confundirse con la atención indirecta de enfermería (32).

Los gerentes de enfermería deben prestar atención a una comprensión integral de la naturaleza real del trabajo de enfermería; esto podría aumentar la productividad de las enfermeras y brindar apoyo a los gerentes clínicos. La literatura ilustra la carga de trabajo influenciada por factores relacionados con cuestiones de gestión, como la satisfacción de las enfermeras, la rotación, el estrés laboral y la productividad. Tales factores pueden conducir a una alta carga de trabajo, incluida la escasez de enfermería, la insatisfacción, la baja retención y la mala comunicación entre las enfermeras y otros proveedores de atención médica. Los gerentes de

enfermería deben abordar los problemas de carga de trabajo cubiertos en este análisis conceptual y esto contribuirá al desarrollo de una herramienta confiable de medición de la carga de trabajo de enfermería para satisfacer las necesidades generadas por los cambios rápidos recientes en el entorno de la atención médica (37).

2.2.1.3. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

La motivación intrínseca es el mecanismo que explica los comportamientos exploratorios espontáneos observados en humanos y en bebés en particular, permite la adquisición de habilidades generales y reutilizables, aumenta la eficiencia del aprendizaje cuando se considera como un mecanismo de aprendizaje activo, guía la exploración de estructuras en grandes espacios. La motivación intrínseca se define como la realización de una actividad para su satisfacción inherente y no por alguna consecuencia separable. Cuando está intrínsecamente motivado, una persona se mueve para actuar por la diversión o el desafío que conlleva, más que por productos externos, presiones o recompensas (33).

La motivación intrínseca refleja la propensión humana natural a aprender y asimilarse. La motivación extrínseca, por otro lado, varía considerablemente en sus características y, por lo tanto, puede reflejar el control externo o influir en la autorregulación. Los motivos impulsan las actividades humanas y el motivo debe ser de cierto tipo, la motivación intrínseca, que se refiere a la motivación para hacer algo debido a la satisfacción inherente, se conoce como un factor crítico que influye en el proceso productivo, la motivación intrínseca es un motivador importante que afecta el aprendizaje, la adaptación y las competencias y es necesaria para el desarrollo profesional. La motivación intrínseca sería una fuente poderosa de impulso conductual cuando una persona tiene la oportunidad de decidir su comportamiento de manera autónoma. A diferencia de la motivación intrínseca, la motivación extrínseca se refiere a hacer algo porque conduce a un resultado valioso, como un mejor desempeño laboral, remuneración y promociones. Los motivadores

extrínsecos incluyen todo lo relacionado con el trabajo, como recompensas prometidas, elogios y plazos (38).

Las cualidades de autodeterminación como la creatividad, la autorregulación y la flexibilidad están asociadas con las actitudes de los empleados y la calidad de su trabajo en el lugar de trabajo; permitir que todos los empleados trabajen hacia la motivación intrínseca máxima debería ser un principio esencial en el lugar de trabajo. Sin embargo, la motivación intrínseca puede verse debilitada por fuerzas ambientales o sociales sancionadas consistentes y por las recompensas tangibles esperadas supeditadas al desempeño de la tarea. La motivación intrínseca proviene del interior. Hay impulsos internos que nos inspiran a comportarnos de ciertas maneras, incluidos nuestros valores fundamentales, nuestros intereses y nuestro sentido personal de moralidad. La motivación autónoma incluye la motivación que proviene de fuentes internas e incluye la motivación de fuentes extrínsecas para las personas que se identifican con el valor de una actividad y cómo se alinea con su sentido de sí mismos. La motivación controlada se compone de una regulación externa, un tipo de motivación en la que un individuo actúa por deseo de recompensas externas o miedo al castigo. Por otro lado, la regulación introyectada es la motivación de "actividades y valores parcialmente internalizados", como evitar la vergüenza, buscar aprobación y proteger el ego (41).

Cuando un individuo es impulsado por una motivación autónoma, puede sentirse autodirigido y autónomo; cuando el individuo es impulsado por una motivación controlada, puede sentir presión para comportarse de cierta manera y, por lo tanto, experimentar poca o ninguna autonomía. Somos seres complejos que rara vez son impulsados por un solo tipo de motivación. Diferentes objetivos, deseos e ideas nos informan lo que queremos y necesitamos. Por lo tanto, es útil pensar en la motivación en un continuo que va de "no autodeterminado a autodeterminado". En el extremo izquierdo del espectro, tenemos una motivación, en la que un individuo es completamente no autónomo, no tiene impulso para hablar y está luchando por satisfacer alguna de sus necesidades. En el medio, tenemos varios niveles de motivación extrínseca. Un paso hacia el derecho a la desmotivación es la regulación

externa, en la que la motivación es exclusivamente externa y está regulada por el cumplimiento, la conformidad y las recompensas y castigos externos (27).

El siguiente nivel de motivación extrínseca se denomina regulación introyectada, en la que la motivación es algo externa y está impulsada por el autocontrol, los esfuerzos para proteger el ego y las recompensas y castigos internos. En la regulación identificada, la motivación es algo interna y se basa en valores conscientes y en lo que es personalmente importante para el individuo. El paso final de la motivación extrínseca es la regulación integrada, en la cual las fuentes intrínsecas y el deseo de ser conscientes de sí mismos están guiando el comportamiento de un individuo. El extremo derecho del continuo muestra a un individuo completamente motivado por fuentes intrínsecas. En la regulación intrínseca, el individuo está motivado y autodeterminado, e impulsado por el interés, el disfrute y la satisfacción inherente a la conducta o actividad en la que está participando (34).

Aunque la autodeterminación es generalmente el objetivo de las personas, no podemos evitar estar motivados por fuentes externas, y eso no es necesariamente algo malo. Tanto la motivación intrínseca como la extrínseca son determinantes altamente influyentes de nuestro comportamiento, y ambos nos impulsan a satisfacer las tres necesidades básicas: Autonomía: las personas necesitan sentir que son dueños de su propio destino y que tienen al menos algo de control sobre sus vidas; Lo más importante es que las personas necesitan sentir que tienen el control de su propio comportamiento. Competencia: otra necesidad se refiere a nuestros logros, conocimientos y habilidades; las personas tienen la necesidad de desarrollar su competencia y desarrollar dominio sobre las tareas que son importantes para ellos. Relación (también llamada conexión): las personas necesitan tener un sentido de pertenencia y conexión con los demás; cada uno de nosotros necesita a otras personas hasta cierto punto (41).

Las orientaciones de causalidad se refieren a cómo las personas se adaptan y se orientan a su entorno y su grado de autodeterminación en general, en muchos contextos diferentes. Las tres orientaciones de causalidad son: Autónomo: se

satisfacen las tres necesidades básicas. Controlado: la competencia y la relación están algo satisfechas, pero la autonomía no. Impersonal: ninguna de las tres necesidades está satisfecha. Las aspiraciones o los objetivos de la vida son lo que las personas usan para guiar su propio comportamiento. Generalmente caen en una de las dos categorías de motivación mencionadas anteriormente: intrínseca o extrínseca. La afiliación, generatividad y desarrollo personal son objetivos de vida intrínsecos, mientras que la riqueza, la fama y el atractivo como ejemplos de objetivos de vida extrínsecos. Las aspiraciones y los objetivos de la vida nos impulsan, pero se consideran deseos aprendidos en lugar de necesidades básicas como la autonomía, la competencia y la relación (32).

La motivación intrínseca puede ser facilitadora o perjudicial, dependiendo de los factores sociales y ambientales en juego. los eventos interpersonales, las recompensas, la comunicación y la retroalimentación que se orientan hacia los sentimientos de competencia al realizar una actividad mejorarán la motivación intrínseca para esa actividad en particular. Sin embargo, este nivel de motivación intrínseca no se alcanza si el individuo no siente que el desempeño en sí mismo es auto determinado o que tuvo la opción autónoma de realizar esta actividad. Entonces, para un alto nivel de motivación intrínseca se deben cumplir dos necesidades psicológicas: el primero es la competencia para que la actividad genere sentimientos de autodesarrollo y eficacia; el segundo es la necesidad de autonomía de que el desempeño de la actividad elegida fue auto iniciado o auto determinado. Por lo tanto, la motivación debe ser intrínseca y tener un atractivo para el individuo. También implica que la motivación intrínseca aumentará o disminuirá dependiendo de si las necesidades de autonomía y competencia se apoyan o frustran, respectivamente (25).

Cuando se siente particularmente bien con su trabajo, ¿no tiene algo que ver con darse cuenta de que está haciendo algo que vale la pena (significado), poder hacer algo de la manera que cree que debería hacerse (elección), realizar alguna actividad particularmente bien (competencia), o haciendo un avance significativo hacia el logro de su propósito (progreso). El sentido de significado y el sentido de progreso

tienen que ver con el propósito: el grado en que el propósito del trabajo es importante o digno y el grado en que realmente se está logrando, respectivamente. Por el contrario, el sentido de elección y el sentido de competencia provienen de las actividades laborales, de poder elegir las actividades que tienen sentido y de realizar bien esas actividades (26).

Los sentidos de elección y de significado son sentimientos de oportunidad de trabajo: poder usar su juicio y perseguir un propósito que valga la pena, respectivamente, y provienen de los primeros pasos del proceso de gestión de la vida. Transmiten la idea de que es un buen trabajo, que vale la pena realizar estas actividades y perseguir este propósito. Los sentidos de competencia y de progreso, por otro lado, son sentimientos de logro relacionados con el desempeño de las actividades y el logro del propósito, respectivamente. Estas dos recompensas provienen de los pasos de monitoreo que ocurren más adelante en el proceso de autogestión y proporcionan la idea de que el trabajo va bien (33).

El sentido es la oportunidad que siente para perseguir un propósito digno. El sentimiento de significado indica que está en un camino que vale tu tiempo y energía, que está en una misión valiosa y que su propósito es importante en el esquema más amplio de las cosas. Un sentido de elección es la oportunidad que tiene para seleccionar actividades que tengan sentido y realizarlas en formas que parezcan apropiadas. El sentimiento de elección es el sentimiento de ser capaz de usar su propio juicio y actuar de acuerdo con su propio entendimiento. Un sentido de competencia es el logro que siente en la habilidad de realizar completamente las actividades que ha elegido. El sentimiento de competencia implica la sensación de que está haciendo un buen trabajo de alta calidad. Una sensación de progreso es el logro que siente al lograr el propósito. La sensación de progreso implica la sensación de que su trabajo avanza, de que sus actividades realmente están logrando algo (39).

Veamos por qué estas recompensas intrínsecas son importantes para las enfermeras y por qué tienen sentimientos tan fuertes y positivos. Sentido de significado, los propósitos significativos eran los que se ajustaban a los valores de

las personas. Pero el significado tiene que ver con la energía unida a un propósito, y los valores parecen una palabra demasiado seca para capturar eso. La pasión común transmite mejor esa sensación de energía, como en "una pasión por". El significado, entonces, se trata de la pasión que tiene por un propósito de tarea. Las pasiones de las personas tienden a desarrollarse y cambiar un poco con respecto a sus vidas laborales. Las enfermeras más jóvenes están profundamente involucradas en aprender las tareas sobre su trabajo (y sobre la vida en general). Entonces, en esa etapa sus pasiones en el trabajo a menudo implican demostrar que pueden manejar las cosas (1).

Las frases que describen estas pasiones transmiten la sensación de que están siendo probadas y tienen algo que demostrar: ser capaces de "ejecutar determinados procedimientos", "ver el efecto de sus intervenciones", "poder afrontar las situaciones solas", "intentar lo que parece complejo", "hacer de eso con lo que se ganan la vida" o "sentirse calificadas para el puesto". Pero a medida que las enfermeras comienzan a completar esta etapa y se dan cuenta de que pueden hacer el trabajo, sus pasiones tienden a cambiar. Comúnmente tienen una "crisis de significado" en este punto, y comienzan a necesitar más de su trabajo y de sus vidas. El trabajo a menudo se siente vacío, y las enfermeras encuentran que necesitan responder a un nuevo conjunto de preguntas: "Bien, puedo hacer el trabajo, ¿Ahora que quiero hacer? ¿Por qué?" Al lidiar con estas preguntas, las enfermeras comienzan a descubrir sus áreas particulares de pasión por el trabajo y a encontrar aquellos propósitos que tienen un significado para ellos y que los sostienen emocionalmente (29).

Hay una buena cantidad de diversidad en las pasiones de las personas, en parte porque están influenciadas en la historia personal. Por ejemplo, la enfermera siente que de niña se sentía enferma y no recibía la atención ni el suficiente cuidado de sus padres. Ahora encuentra que se apasiona por cuidar de los demás en situaciones críticas, lo que le da vida frente al paciente y le sostiene el solo saber que muchas personas aliviaron su dolor y malestar gracias a ella. En cualquier organización, es importante unir a las personas con las tareas que tienen significado para ellas. Esto

implica conocer las pasiones de las personas, hacer asignaciones de tareas juiciosas y pedir voluntarios cuando sea posible, para permitir que los trabajadores hagan su propia combinación de pasiones con las tareas. Sin embargo, también hay una considerable cantidad de puntos en común de la pasión dentro de la mayoría de los grupos de trabajo, no totalmente, pero lo suficiente como para permitir que los grupos se energicen con un propósito compartido y significativo (20).

Algunos de estos puntos en común provienen de la auto-selección de los trabajadores en campos de trabajo que coinciden con sus pasiones, y algunos provienen de la historia laboral compartida en el grupo. Las más profundas son las pasiones espirituales, del deseo profundamente sentido de que la vida de uno marque la diferencia en el esquema más amplio de las cosas, de hacer una contribución, de llevar una vida digna de la que uno pueda estar orgulloso, de estar "en el camino correcto". Como se señaló anteriormente, estas pasiones a menudo se manifiestan en términos de prestación de servicios a los clientes y de mejorar la sociedad o la vida de las personas de alguna manera (26).

2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT

Es un estado generalizado y debilitante que resulta de un período insostenible de estrés abrumador. El agotamiento se define clásicamente como una experiencia de agotamiento físico, emocional y mental causado por una participación a largo plazo en situaciones que son emocionalmente exigentes. Comprende tres componentes principales: agotamiento emocional, despersonalización y un sentido ausente de logro personal (42).

El agotamiento emocional es un sentimiento de sobre extensión emocional por el trabajo de uno. tiene un efecto generalizado sobre la capacidad de la enfermera para llevar a cabo su trabajo de manera segura y efectivamente. Este sentimiento también se traslada a la vida personal de una persona que sufre agotamiento, lo que afecta las relaciones y la capacidad de tener una vida feliz y plena fuera del trabajo. Por lo tanto, el agotamiento no solo puede arruinar las carreras, sino que puede dañar todos

los aspectos de la vida de la víctima, lo que resulta en una espiral de bajo estado de ánimo e insatisfacción. El segundo componente principal del agotamiento, la despersonalización, se describe como una respuesta insensible, insensible e impersonal a la interacción con los pacientes. El que sufre de agotamiento deshumaniza a la persona con la que está interactuando (generalmente el paciente, aunque esto también puede ser colegas menores), y esto conduce a un comportamiento frío, insensible y cinismo (43).

El resultado es interacciones entre el paciente y la enfermera, que son insatisfactorias, improductivas y potencialmente peligrosas para el paciente, así como potencialmente perjudiciales para la carrera de la enfermera. Este tipo de interacción también contribuye a disminuir la sensación de logro personal, que es el tercer componente del síndrome de agotamiento. El logro personal se relaciona con un sentido de competencia o logro en el trabajo que resulta en la satisfacción laboral o, si está ausente, la insatisfacción (44).

El agotamiento puede ser el resultado del trabajo que es monótono o el trabajo que es caótico, o incluso el trabajo que combina elementos de estas dos características aparentemente conflictivas. El trabajo dentro de la atención médica a menudo es capaz de combinar estos dos elementos, con el trabajo rutinario mundano frecuentemente intercalado con complejos, tareas importantes y emocionalmente exigentes. Quizás es por eso que quienes trabajan en el sector de la salud se encuentran con un riesgo tan alto de agotamiento. Los rasgos de personalidad más vinculados al agotamiento, incluyen el perfeccionismo, la competitividad y la necesidad de sentirse en control, junto con el alto rendimiento habitual, son rasgos que a menudo comparten las enfermeras. Por lo tanto, tomamos a las personas que corren el riesgo de agotarse por naturaleza y las colocamos en un entorno donde el agotamiento es casi inevitable (45).

2.2.2.1. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

El agotamiento emocional, es una de las variedades más extremas de tensión relacionada con el trabajo. Se manifiesta en los empleados como una pérdida general de sentimiento y preocupación, confianza, interés y espíritu. También implica sentimientos de fatiga, agotamiento, irritabilidad, frustración y agotamiento. En otras palabras, los recursos emocionales de las enfermeras se agotan y ya no se sienten capaces de darse a sí mismos a nivel psicológico. El agotamiento emocional fue seleccionado como la única variable dependiente en este estudio por varias razones. Primero, parece haber un consenso general en la literatura de que el agotamiento emocional es la dimensión central o central del agotamiento. Segundo, el agotamiento emocional puede ser conceptualizado como la primera etapa del agotamiento y, por lo tanto, proporciona un punto crítico para la intervención (46).

Una tercera razón para elegir el agotamiento emocional es su naturaleza crónica e intensamente afectiva. El agotamiento emocional tiene propiedades similares a los estados ordinarios de fatiga, pero está más cerca de la fatiga crónica debido a sus cualidades penetrantes y duraderas. La investigación ha sugerido que los estados de fatiga y la propensión a los accidentes están relacionados y que la fatiga crónica es un componente de la enfermedad física. En consecuencia, el agotamiento emocional sirve como un indicador único de calidad de vida laboral con el potencial de estimar los efectos acumulativos de las tensiones laborales. Además, el agotamiento emocional es ante todo un estado de sentimiento. Es una valiosa adición al conjunto de conceptos de calidad de la vida laboral, particularmente en la medida en que "los sentimientos son la fuerza dominante independiente en nuestra vida cotidiana". Por lo tanto, aunque el agotamiento emocional está relacionado con otras tensiones, como la fatiga física, la tensión, la ansiedad, el insomnio, el uso de alcohol y drogas, la retirada de las personas y las malas relaciones con los cónyuges e hijos, es uno de los pocos conceptos de tensión que capturan los aspectos crónicos e intensamente afectivos de la experiencia laboral. Cuarto, el agotamiento emocional es la dimensión del agotamiento que parece más aplicable a otras ocupaciones que no sean los servicios humanos (47).

Las enfermeras pueden dedicar tanto tiempo y energía a su trabajo que se convierte en una de las características centrales de su identidad. De hecho, las enfermeras pueden estar tan involucrados en su trabajo que es probable que experimenten emociones positivas y un mayor bienestar realizándolo. Sin embargo, las enfermeras también pueden involucrarse tanto que pueden experimentar emociones negativas y vivir un estilo de vida desequilibrado. La pasión se define como una fuerte inclinación hacia una actividad autodefinida que a uno le gusta (o incluso ama), encuentra importantes (o altamente valores) y en la que uno invierte tiempo y energía. Estas actividades llegan a ser tan autodefinidas que representan características centrales de la identidad de uno. Por ejemplo, una enfermera que ama su trabajo, lo encuentra importante y que invierte mucho tiempo y energía en él, se dice que es una apasionada de su trabajo (48).

Una actividad apasionada también puede ayudar a las enfermeras a desarrollar un sentido de identidad. Cuando una persona valora, ama y se involucra en una actividad de manera regular, la representación de esta actividad se integra en la identidad de la persona, lo que en consecuencia lleva a una pasión hacia esta actividad. La actividad se ha integrado tanto en la identidad de la persona que representa una de sus características centrales. Por ejemplo, aquellos que sienten pasión por el trabajo en enfermería se ven a sí mismas como "enfermeras", no solo como alguien que pasa el día atendiendo a los pacientes (49).

Existen dos tipos distintos de pasión, dependiendo de la forma en que la actividad apasionada se ha internalizado en la identidad de la persona; la pasión obsesiva y la pasión armoniosa. La pasión obsesiva resulta de una internalización controlada de la actividad en la identidad de la persona. Cuando viene a la mente la actividad apasionada, las enfermeras con una pasión obsesiva sienten la necesidad de participar en la actividad, ya sea por presiones y contingencias intrapersonales y/o interpersonales asociadas a la actividad, como la aceptación social o la autoestima o por el sentido, la emoción derivada de la actividad que se vuelve incontrolable. Finalmente, la actividad apasionada adquiere una importancia desproporcionada en la identidad de la persona y crea conflictos con otros aspectos de la identidad de la

persona u otras actividades en la vida de la persona, la persistencia en la actividad o el trabajo de uno representa uno de los criterios subyacentes al concepto de pasión. Debido a que la actividad laboral apasionada es muy querida por quienes se dedican a ella (después de todo, es parte de su identidad), es probable que las enfermeras persistan en ella durante un largo período de tiempo. Este es particularmente el caso de las enfermeras con una pasión obsesiva (50).

En términos generales, porque el trabajo ha tomado el control y se esperaría que las enfermeras con una pasión obsesiva sean más persistentes en su trabajo. Sin embargo, tal persistencia puede verse como rígida porque puede tener lugar no solo en ausencia de una experiencia emocional positiva, sino incluso cuando se acumulan costos importantes para la persona. Tal persistencia rígida puede llevar a la persona a persistir en el trabajo apasionado a pesar de que se experimentan algunas consecuencias negativas permanentes, que eventualmente conducen a bajos niveles de ajuste psicológico (51).

Una persona con una pasión obsesiva por el trabajo podría no resistirse a trabajar después de las horas normales de trabajo como la noche en que se suponía que haría otras actividades. Durante su trabajo de horas extras, podría sentirse molesto consigo mismo por trabajar toda la noche y no hacer la actividad que ya tenía programada. Por lo tanto, podría tener dificultades para concentrarse en la tarea en cuestión (trabajo) y puede no experimentar tanto afecto y flujo positivo como debería mientras trabaja (52).

En contraste, la pasión armoniosa resulta de una internalización autónoma de la actividad en la identidad de la persona. La internalización autónoma ocurre cuando las enfermeras han aceptado libremente la actividad como importante para ellos. Este tipo de internalización produce una fuerza motivadora para participar en la actividad voluntariamente y genera un sentido de volición y respaldo personal sobre la realización de la actividad. Las enfermeras no están obligadas a realizar la actividad; en cambio, pueden participar libremente sin tener ninguna contingencia asociada a la actividad. Por lo tanto, incluso si la actividad ocupa un espacio significativo en la identidad de la persona, permanece bajo el control de la persona

y está en armonía con otros aspectos de la vida de la persona. Entonces, la persona puede decidir cuándo no participar en su trabajo e incluso debería ser capaz de abandonar su trabajo si este último se ha vuelto permanentemente negativo para la persona (53).

Las enfermeras con una pasión armoniosa pueden decidir no trabajar en una noche determinada si es necesario sin sufrir o incluso terminar la relación con la actividad si deciden que se ha convertido en un factor negativo permanente en su vida. Por lo tanto, el compromiso conductual en la actividad apasionada puede verse como flexible. Los dos tipos de pasión conducen a diferentes consecuencias afectivas, conductuales, cognitivas, interpersonales y sociales en diversas actividades distintas al trabajo, como el juego, la educación, el deporte y el ocio. Específicamente, la pasión armoniosa se ha asociado positivamente con sentimientos de diversión y disfrute, así como emociones positivas durante y después de la actividad apasionada, percepciones de desafío y control, flujo y concentración y bienestar subjetivo. Además, la pasión armoniosa se ha asociado negativamente con sentimientos de culpa y sentimientos de ser juzgados por otros (54).

En contraste, la pasión obsesiva se relaciona positivamente con los sentimientos de culpa y las emociones negativas durante y después de la actividad apasionada, el afecto negativo y la rumia cuando se les impide participar en la actividad apasionada, depresión y conflicto interpersonal, mientras que estar negativamente relacionado con la vitalidad y las percepciones de control. Ambos tipos de pasión se han asociado con una alta valoración de la actividad, amor por el trabajo, una cantidad importante de tiempo y energía invertidas en el trabajo. En la pasión obsesiva las enfermeras no pueden abandonar la actividad, las enfermeras con una pasión obsesiva pueden estar en mayor riesgo de desarrollar agotamiento (55).

La pasión por el trabajo, definida como "una fuerte inclinación hacia [las actividades laborales] que a los empleados les gusta, que les parece importante y en las que invierten tiempo y energía", es un motor del desempeño laboral de los empleados. Sin embargo, la pasión por el trabajo no siempre produce un

rendimiento laboral efectivo; más bien, depende del tipo de pasión laboral. Según el modelo dualista de pasión, la pasión por el trabajo se puede clasificar en formas armoniosas y obsesivas. Los empleados que tienen una pasión laboral armoniosa tienden a internalizar de manera autónoma sus actividades laborales en identidades personales, de modo que se involucren en su trabajo con un sentido de volición y auto aprobación y "se dediquen voluntariamente a su trabajo por puro placer, sin sentido de obligación", la pasión armoniosa facilita el desempeño laboral, al tiempo que produce otros resultados laborales positivos, como un mayor compromiso organizacional y bienestar psicológico (56).

Por el contrario, los empleados con pasión laboral obsesiva internalizan las actividades laborales de manera controlada debido a presiones intrapersonales o interpersonales asociadas con el trabajo, como las derivadas de un sentido de obligación, evitar la culpa o el mantenimiento de la autoestima. En consecuencia, la presión obsesiva se ha asociado constantemente con más experiencias laborales negativas, que incluyen enfermedades psicológicas, depresión, trastornos psicológicos y agotamiento emocional. El agotamiento emocional es un estado perdurable de agotamiento emocional y físico que está relacionado con la pasión obsesiva con el trabajo, una teoría estrechamente relacionada con el estrés y la motivación, la pasión obsesiva es una demanda personal de obstáculo, es decir, una demanda debilitante que las enfermeras "se imponen a sí mismos con respecto a su trabajo" (57)

La pasión laboral, que captura la inclinación duradera de una enfermera hacia el trabajo, representa una construcción motivacional que contiene tanto un componente afectivo (fuerte afición o amor por las actividades laborales) como un componente cognitivo (importancia percibida e internalización de las actividades laborales). en identidad personal). En particular, la pasión laboral obsesiva se caracteriza por una internalización controlada o presionada, donde el trabajo se considera significativo y define la identidad de uno debido a ciertas presiones o contingencias asociadas (por ejemplo, autoestima, aceptación social), y no debido a características inherentes del trabajo en sí mismo (58).

La pasión laboral constituye un obstáculo para la demanda personal que incurre en costos psicológicos y fisiológicos para las enfermeras e inhibe su bienestar personal, crecimiento y logro de objetivos. Esto se deriva de la conceptualización de las demandas personales como "los requisitos que las enfermeras establecen para su propio desempeño y comportamiento que los obligan a invertir esfuerzo en su trabajo y, por lo tanto, están asociados con costos físicos y psicológicos". Al igual que las demandas laborales, las demandas personales se pueden clasificar en demandas de desafío u obstáculo, con la primera con el potencial de promover el crecimiento y desarrollo personal de las enfermeras y la segunda con el potencial de restringir o inhibir el bienestar, el crecimiento personal y la meta de las enfermeras. logro. La pasión obsesiva sirve como un obstáculo para la demanda personal, en gran parte porque las enfermeras se imponen expectativas y estándares poco realistas para el desempeño laboral que pueden producir resultados desadaptativos . Las expectativas y estándares poco realistas no son presiones de los supervisores, compañeros de trabajo u otras fuentes externas, sino que son internalizados de manera controlada por las propias enfermeras y se convierten en presiones internas (2).

Las expectativas y estándares poco realistas para el desempeño laboral, dependen de los valores y necesidades que la enfermera tenga o requiera, que dictan objetivos y ambiciones y pueden traducirse en la voluntad y la motivación para realizar tareas continuas. Las demandas personales de obstáculos conllevan costos psicológicos y fisiológicos para las enfermeras. Primero, debido a que el trabajo ocupa una parte desproporcionadamente grande de empleados obsesivamente apasionados, reflexionan sobre el trabajo incluso cuando están fuera del trabajo. Tal rumia, que representa pensamientos persistentes repetitivos y no intencionales en ausencia de señales externas obvias, provoca la experiencia de conflicto entre el trabajo y otros aspectos de la vida y resulta en agotamiento emocional (59).

La pasión obsesiva conlleva un impulso incontrolable de participar y pensar en el trabajo, es antitético a los elementos que sustentan la recuperación (por ejemplo, desapego, relajación), lo que a su vez aumenta el agotamiento emocional, las

enfermeras sienten "presión constante o una compulsión interna para participar en el trabajo". Tal pérdida de control los hace pasar una cantidad desproporcionada de tiempo en el trabajo y causar conflictos entre su trabajo y otros aspectos de su vida, lo que tiene repercusiones negativas en la regulación del comportamiento y el desempeño laboral, los empleados obsesivamente apasionados tienden a sufrir agotamiento emocional (60).

2.2.2.2. DESPERSONALIZACIÓN

La despersonalización es una experiencia subjetiva de irrealidad y desapego que se siente con respecto a uno mismo. La despersonalización da lugar a sensaciones perturbadoras, que incluyen una sensación de no existir; actuando sin control; y estar fuera del cuerpo. Además, la despersonalización se acompaña de entumecimiento físico y/o emocional. Desrealización, el término "desrealización" tiene componentes similares, pero se refiere a sentimientos de irrealidad y desapego hacia el mundo. Es decir, el entorno parece distante e irreal. La desrealización genera sentimientos de desconocimiento, que hacen que la familia, los amigos y los lugares familiares parezcan extraños. Muchos comparan la desrealización con un estado de sueño, pero aquellos que experimentan la desrealización están completamente despiertos (61).

La despersonalización y la desrealización parecen ser estrategias de afrontamiento destinadas a mitigar las intensas reacciones emocionales y eliminar los estímulos desagradables de la conciencia. Si un evento traumático no parecía real, por ejemplo, uno podría salvarse de una angustia significativa. Sin embargo, la despersonalización y la desrealización parecen ser mecanismos no selectivos. Es decir, los sentimientos de irrealidad y desapego no se circunscriben a eventos específicos, sino que infligen la percepción de todo. La despersonalización y la desrealización tampoco son siempre respuestas garantizadas. Por ejemplo, la despersonalización y la desrealización pueden manifestarse como mecanismos útiles de afrontamiento e intrusiones terroríficas (43).

La despersonalización y la desrealización son comunes como fenómenos transitorios en la población general y generalmente surgen en los contextos de la vida como peligros, estrés emocional y consumo de drogas. Además, la despersonalización y la desrealización se manifiestan como síntomas en ciertas afecciones psiquiátricas y médicas, pueden convertirse en perturbaciones incesantes y conducir al trastorno de despersonalización / desrealización, una condición crónica e incapacitante. Las características centrales son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización y/o desrealización además de las características adicionales que incluyen el pensamiento existencial sin restricciones y las indagaciones filosóficas, que conducen a angustias significativas; micropsia y macropsia, dos fenómenos relacionados con la percepción distorsionada del tamaño; y deficiencias en la memoria visual (50).

La despersonalización denota un estado en el sentido del yo y la calidad de la experiencia subjetiva en primera persona se alteran de manera extraña, de modo que la persona se siente de alguna manera alienados o alejados de sí mismos (despersonalización) y / o sus alrededores (desrealización), estos dos fenómenos a menudo ocurren periódicamente. Los episodios breves y autolimitados de despersonalización nivelan generalmente no son patológicos: hecho, son comunes entre la población en general, especialmente en condiciones de estrés y fatiga: la sensación "espaciada" e irreal inducida por el desfase horario es un ejemplo, mientras que muchas las drogas psicoactivas, incluido el alcohol, pueden producir experiencias transitorias de despersonalización. Sin embargo, la despersonalización puede resultar como un fenómeno persistente y generalizado, que causa angustia subjetiva y destructivo funcional. Esto puede estar en el contexto de otro trastorno neurológico o psiquiátrico, como la depresión mayor o el trastorno de estrés postraumático, o puede ocurrir como un fenómeno primario, en cuyo caso se clasifica como una condición en sí misma: trastorno de despersonalización (49).

La despersonalización se describe como una estrategia de defensa defensiva, en la que un individuo limita su participación con los demás y crea una distancia psicológica. A través de dicha respuesta, el individuo intenta crear un amortiguador

emocional entre uno mismo y la demanda de trabajo impuesta. También se caracteriza como una respuesta negativa, cínica o excesivamente desapegada a otros miembros de la organización; representa el componente interpersonal del agotamiento. La evidencia empírica ha demostrado que la despersonalización tiene ramificaciones disfuncionales significativas, lo que implica costos sustanciales tanto para la organización como para sus miembros. Por ejemplo, conduce al absentismo, reducción de la satisfacción laboral, compromiso reducido e intenciones de rotación (57).

La despersonalización fue reemplazada por cinismo, que se refería a las actitudes negativas que implican la frustración por la desilusión y la desconfianza de las organizaciones, personas, grupos u objetos. El logro personal fue reemplazado por una reducción de la eficacia o ineficacia, que incluye la autoevaluación de baja autoeficacia, falta de logro, falta de productividad e incompetencia. La despersonalización es un estado en el que un individuo experimenta que sus sentimientos, pensamientos, recuerdos o sensaciones corporales no le pertenecen. Se ejemplifica en términos de "un sentimiento de extrañeza", un sentimiento de "no ser yo" o un sentimiento de irrealidad de uno mismo. La despersonalización es la posibilidad, si las acciones de las personas son tratadas por otros como menos significativas; pueden experimentar que no están presentes en el mundo de la vida cotidiana ordinaria y pueden perder su intensión y voluntad (55).

A diferencia de las acciones positivas en la organización, la despersonalización se etiqueta como un comportamiento antisocial y desviado. Cualquier muestra de despersonalización orquestará resultados perjudiciales sobre la efectividad del desempeño de los empleados; Tal situación puede tener una influencia múltiple en los compañeros de trabajo y, por lo tanto, en el desempeño general de la organización. La organización puede mitigar y evitar estas negatividades en el entorno al proporcionar pautas absueltas y al reducir el conflicto de roles en el entorno de trabajo. Como una de las intervenciones más estándar para abordar la despersonalización, las organizaciones pueden actuar de manera proactiva para abordar el estrés laboral (46).

2.2.2.3. BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

Se caracteriza por fuertes sentimientos de falsedad intelectual y profesional en enfermeras de alto rendimiento, las enfermeras entretienen estos pensamientos y sentimientos a pesar de la evidencia que sugiere logros académicos y/o profesionales sobresalientes, mantienen una fuerte creencia de que no son inteligentes; de hecho, están convencidas de que han engañado a cualquiera que piense lo contrario. Las enfermeras con baja realización personal rutinariamente dan múltiples explicaciones externas de sus éxitos. Estas explicaciones a menudo incluyen cosas como suerte, coincidencia e incluso bajas expectativas de sus supervisores. Además de sus sentimientos de falsedad, las enfermeras temen que eventualmente otros descubran que son falsos y se revelará su verdadera naturaleza (47).

Muchas enfermeras dudaron de su experiencia y sintieron que habían engañado a otras para que creyeran que eran más capaces que ellas. Se presenta como sentimientos de inadecuación e indignidad, y una incapacidad para aceptar los logros de uno; es angustiante y destructivo, y tiene efectos negativos en la satisfacción laboral y el rendimiento. Cuando el rol profesional de uno cambia, también cambian los estándares, expectativas y responsabilidades profesionales. Por lo tanto, no sorprende que se produzca un incómodo período de ajuste. La baja realización personal se alimenta ansiosamente de este malestar, ganando fuerza a partir de la duda que viene con los nuevos roles (50).

Las enfermeras son vulnerables, ya que deben de adaptar sus competencias a nuevos escenarios de forma permanente, por lo que muchas de ellas dudan de su conocimiento, preparación para la calificación y capacidad para cumplir con las expectativas de los pacientes y colegas y, lo que es más importante, de ellas mismas; no solo resulta en la falta de un sentido de pertenencia (sentirse falso), sino que también elimina la confianza para desarrollarse. Muchas enfermeras se ven obligadas a trabajar más allá de las responsabilidades razonables de su nivel y experiencia profesional. Esto significa que a menudo trabajan fuera de su zona de

confort y se sienten fuera de su profundidad. Estos sentimientos alimentan la baja realización personal, y viceversa, en un ciclo vicioso y agotador (44).

Las enfermeras que eligen progresar dentro de ella son igualmente vulnerables. La progresión viene con una mayor responsabilidad, expectativas y, de manera desalentadora, visibilidad. El liderazgo efectivo en los roles superiores requiere la confianza y la capacidad de delegar. Sin embargo, las ansiedades impostoras significan que es probable que la delegación alimente los temores de que se cuestione la competencia. Esto, junto con sentirse indigno de ocupar ese nuevo puesto profesional de mayor jerarquía, significa que una mayor responsabilidad resulta extremadamente desalentadora (45).

Al igual que la progresión profesional en la práctica clínica, pasar del contexto clínico al académico obliga a las enfermeras a salir de su zona de confort. Para aquellas que han sido enfermeras competentes y seguras, es incómodo convertirse en un profesor novato. Las responsabilidades y expectativas cambian drásticamente, y muchos nuevos profesores experimentan dudas e incertidumbre, preguntándose si pueden enfrentar los desafíos. Esto genera ansiedad por fracasar y tener éxito, ya que se considera que el éxito es el resultado de la suerte, el trabajo duro o engañar a otros, en lugar de la habilidad. Las demandas de ser un profesor de enfermería hacen que sea difícil continuar ejerciendo como enfermera para mantener esa credibilidad. Cuando la enfermera siente que se ha deshabilitado como profesional, se incrementa la baja realización personal (49).

Aunque muchas personas se sienten como extrañas, para un pequeño porcentaje de personas, sentirse como una extraña durante un largo período de tiempo realmente puede crear las condiciones para serias dificultades emocionales y agotamiento. El agotamiento se caracteriza por una incapacidad para concentrarse, una sensación constante de estar bajo presión y, para muchos, una oscilación entre la ansiedad y la depresión. Los pasos en el camino hacia el agotamiento son el aislamiento, el exceso de trabajo y la falta de autocuidado (48).

Es crítico reconocer los factores clave, endógenos y exógenos, que pueden crear una progresión desde sentirse como un extraño, hasta una "baja realización " crónica, hasta el agotamiento. Los factores endógenos incluyen un fuerte enfoque en el éxito, perfeccionismo con una aptitud altamente perfeccionada para la autocrítica, una orientación para centrarse demasiado en las opiniones de los demás, una propensión a compararse con los demás y un deseo insatisfecho de ser reconocido por otros como exitoso. Los factores exógenos incluyen condiciones estresantes en el lugar de trabajo que enfatizan la evaluación y la autoevaluación, que amplifican la competencia con los colegas, que aplican presión constante para desempeñarse junto con una carga de trabajo sostenida y sustancial, que implican plazos continuos de múltiples fuentes y que ofrecen poco o ningún trabajo de equipo de apoyo y/o apoyo de colegas. Algunas personas prosperan en tales entornos. Muchos son miserables, pero continúan por necesidad percibida (46).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

ESTRÉS LABORAL, 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; a menudo empeora cuando los empleados sienten que tienen poco apoyo de los supervisores y colegas, así como poco control sobre los procesos de trabajo.

CALIDAD DE VIDA, es la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

AMBIENTE DE TRABAJO, es el lugar en el que trabaja la enfermera, es un entorno social y profesional en el que las enfermeras deben de interactuar con varias personas y deben de trabajar de forma coordinada, un ambiente seguro y saludable asegura una buena salud, la continuidad de los servicios y la disminución de las malas relaciones de gestión laboral.

CULTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL, la cultura de la organización es un conjunto de propiedades y el clima de la organización es un comportamiento colectivo de las personas que forman parte de los valores, la visión, las normas de la organización, etc. Las oportunidades de promoción, los criterios de promoción y evaluación de recompensas utilizados están bajo el control directo de una organización y sujeto a las políticas de la organización.

COOPERACIÓN LABORAL, es la comunicación entre la gerencia y las enfermeras, en relación con las decisiones en el lugar de trabajo, los conflictos y la resolución de problemas, el trabajo y la carrera se suelen perseguir en el marco de la organización social y la naturaleza de las relaciones personales se convierte en una dimensión importante de la calidad de vida laboral.

DESARROLLO LABORAL, es la actividad organizacional dirigida a mejorar el desempeño de individuos y grupos, garantiza las oportunidades que brinda el trabajo para el desarrollo de las enfermeras y el estímulo brindado por la gerencia para realizar el trabajo, genera condiciones para aumentar el empoderamiento personal.

COMPENSACIÓN LABORAL, son factores de motivación, el mejor desempeño recibe las recompensas, y esto motiva a trabajar duro y lograr objetivos tanto organizacionales como individuales; los intereses económicos de los empleados los llevan al trabajo y la satisfacción de los empleados depende en cierta medida de la compensación ofrecida; el pago debe fijarse en función del trabajo realizado, las habilidades individuales, las responsabilidades asumidas, el desempeño y los logros.

AUTONOMÍA DEL TRABAJO, es cuando las enfermeras tienen la libertad de tomar decisiones. Las propias enfermeras planifican, coordinan y controlan las actividades relacionadas con su trabajo; incluye la independencia en el trabajo y la autoridad para acceder a la información relacionada para su tarea.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo** y el síndrome de Burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo**; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021
2. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **carga de trabajo** y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia a la **carga de trabajo**; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021
3. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la **motivación intrínseca** y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia a la **motivación intrínseca**; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Calidad de vida laboral en enfermería

VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de burnout en profesionales de enfermería

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Tiempo de experiencia laboral en la institución
- Estado civil
- Hijos menores
- Capacitaciones / estudios de especialización / post grado
- Actividades laborales adicionales

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA	Es la sensación de bienestar derivada del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la percepción de tener la suficiente capacidad para superarla.	Apoyo directivo	Es el soporte emocional que brindan los directivos a las enfermeras, dando la opción de expresar lo que se siente y necesita, reconocimiento, promoción laboral y autonomía.	Agrado con el trabajo	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
				Contento con el sueldo		
				Viabilidad de promoción		
				Gratitud al esfuerzo		
				Apoyo de jefes		
				Apoyo de compañeros		
				Oportunidad para la creatividad		
				Información de resultados		
				Posibilidad de expresión		
				Mejora de la calidad de vida		
				Autonomía en el puesto		
		Variedad en el trabajo				
		Argumentos escuchados				
		Cargas de trabajo	Es la cantidad de trabajo, las prisas y agobios, la consistencia de la calidad; y las interferencias	Volumen de trabajo		
				Presión de consecución		
				Presión de calidad		
				Agobio por límite de tiempo		
				Conflictos interpersonales		
Abandono de vida personal						

			debido a: conflictos interpersonales, vida privada, incomodidad física, responsabilidades arbitrarias y las interrupciones.	Incomodidad física		
				Responsabilidades ominosas		
				Interrupciones incómodas		
				Esfuerzo emocional		
				Calidad de vida en el puesto		
				Consecuencias negativas a la salud		
		Motivación intrínseca	Es la necesidad que surge en la enfermera y que la impulsa a la acción, para el logro de objetivos considerados vitales, procura la mayor capacitación y despliega a la creatividad.	Voluntad de esfuerzo		
				Apoyo familiar		
				Ímpetus de creatividad		
				Digresión con el trabajo		
				Capacitación necesaria		
				Capacitación suficiente		
				Importancia del trabajo		
				Claridad de la función		
				Orgullo con el trabajo		
				Apoyo de los compañeros		

VARIABLE 2: SÍNDROME BURNOUT EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA	Es la sensación de desagrado al trabajar con personas, acompañado de intenso agotamiento físico y mental con la presencia de sentimientos negativos hacia el rol profesional y a las personas con las que se trabaja	Agotamiento emocional	Sensación de no tener energía ni paciencia para realizar una actividad que involucra la presencia de otras personas	Agotamiento emocional por el trabajo	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
				Agotamiento emocional al final del trabajo		
				Cansancio por las mañanas		
				Tensión al trabajar con personas		
				Desgaste por el trabajo		
				Frustración por el trabajo		
				Sensación de hacer mal un trabajo		
				Crear ser demasiado duro		
		Sentir que las personas le producen estrés				
		Despersonalización	Sensación que existe un desfase entre lo que uno es y lo	Percibe que trata como objetos a los pacientes		
Percibe que tiene un mal comportamiento						

			que uno está siendo, creencia de que ya no se está actuando como una persona normal	insensible con la gente			
				Creencia de que el trabajo lo ha endurecido			
				Creencia que no le preocupa los pacientes			
		Baja realización personal	Es la sensación de ser un fraude como profesional y como persona; que no se están alcanzando los propósitos de vida planteados	Impresión de no relacionarse con las personas			
				Impresión de no poder tratar los problemas de los pacientes			
				Impresión de no estar influyendo positivamente en los pacientes			
				Impresión de no tener energía para el trabajo			
				Impresión de no poder crear un clima agradable con las personas			
				Impresión de no tener ánimos después de trabajar			
				Impresión de no haber conseguido cosas útiles con la profesión			
				Impresión de no saber manejar los problemas emocionales			

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada corresponde al método científico; debido a que: el estudio fue empírico; dado que se basó en datos obtenidos por la experiencia sensible compartida y comprobable por otros. Fue objetivo; porque, se fundamenta, en datos objetivos de gran exactitud que pueden ser corroborados por otros, además se ha garantizado que los datos no sean alterados por factores emotivos y subjetivos. Es replicable; debido a que, otras personas podrían volver a realizar el estudio y obtener los mismos resultados. Los resultados obtenidos son falseables, debido a que son válidos mientras que no existan datos o prueba empírica que los contradigan, es un conocimiento provisionalmente verdadero. Se basa en un proceso cuidadosamente planificado en lugar de observaciones fortuitas (62).

MÉTODOS GENERALES

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

para construir una abstracción o para describir una imagen del fenómeno que se está estudiando". A partir de hechos particulares de la calidad de vida y el síndrome de burnout en enfermeras se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como; que, la mejora de la calidad de vida laboral elude al estrés laboral y suscita entornos contrapuestos al surgimiento del síndrome de burnout en profesionales de enfermería (63).

Asimismo, se empleó el método deductivo; porque nos basamos en una teoría a partir de la cual podremos dar interpretación y sentido a los hechos particulares observados, los enunciados teóricos se toman como proposición verdadera; se toma como premisa válida a la teoría organizacional bajo el modelo de Winnubst que propone que las impresiones de agotamiento físico, emocional y mental; la percepción de desfase entre lo que uno es y lo que está siendo y el presentimiento de ser un fraude es provocado principalmente por desperfectos organizacionales que impide que la institución pueda generar una completa calidad de vida laboral; bajo estos argumentos lógicos se podrán explicar los casos particulares de la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en las enfermeras (64). En los estudios de salud, es común que se utilicen métodos inductivos y deductivo para dar sentido a los hallazgos y comprobar la funcionabilidad de las teorías (65).

MÉTODO ESPECÍFICO

Se empleó el método estadístico - inferencial, porque la investigación estima parámetros a partir de los estadígrafos calculados en una muestra representativa (66).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada responde a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.

Básica, es una investigación sobre los principios básicos y las razones de la ocurrencia de un evento o proceso o fenómeno en particular. Las investigaciones básicas a veces pueden no conducir a un uso o aplicación inmediatos. No se ocupa de resolver ningún problema práctico de interés inmediato (67).

Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos, esta conversión permitió un procesamiento más estricto y objetivo de los resultados.

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

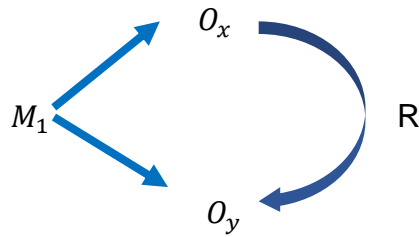
Observacional, las investigadoras registraron los datos tal como se presentaron en la realidad, no se incurrió en ninguna manipulación de las variables (68).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables (69).

4.4. DISEÑO

La investigación propuesta correspondió a un estudio descriptivo correlacional (70) que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

O_x = Conjunto de datos en referencia a la calidad de vida laboral en profesionales de enfermería

O_y = Conjunto de datos en referencia al síndrome de burnout en profesionales de enfermería

R = Relación existente entre ambas variables.

M_1 = Grupo muestral único

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 102 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de salud de Chilca y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Profesionales de enfermería que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
2. Profesionales de enfermería que estuvieron laborando por más de dos años en la red de salud.
3. Profesionales de enfermería que no referían haber tenido algún proceso administrativo.
4. Profesionales de enfermería que laboraban en la atención directa a los usuarios.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Profesionales de enfermería que se mostraban poco colaboradoras con el estudio.
2. Profesionales de enfermería que estaban próximas la jubilación.
3. Profesionales de enfermería que padecían alguna enfermedad física.

4.5.2. MUESTRA

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

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

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

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de enfermeras con buena calidad de vida laboral y sin síndrome de burnout (75 % de acuerdo a; Nursalam N, Dwi R, Riyadi S, Hadi M, Bushy A; 2018)
- q : Proporción de enfermeras con buena calidad de vida laboral y con síndrome de burnout (25 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{102 * 0.75 * 0.25 * 1.96^2}{0.05^2 * (102 - 1) + 0.75 * 0.25 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{102 * 0.1875 * 3.84}{0.0025 * (101) + 0.1875 * 3.84}$$

$$n = \frac{73.4706}{0.253 + 0.7203}$$

$$n = \frac{73.4706}{0.9728}$$

$$n = 75.4706$$

$$n = 75$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideraron a 80 enfermeras que laboraban en la Micro red de Salud de Chilca en el 2021.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de calidad de vida laboral en enfermería” elaborado en 1998, por Cabezas C, (71). El instrumento consta de 35 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden apoyo directivo con 13 reactivos (1 al 13), cargas de trabajo con 12 reactivos (14 al 25) y motivación intrínseca con 10 reactivos (26 al 35). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = muy mala, 1 = mala, 2 = regular, 3 = bueno y 4 = muy bueno.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se describe del siguiente modo: de [0 a 28] = muy mala calidad de vida laboral, de [28.1 a 56] = mala calidad de vida laboral, de [56.1 a 84] = regular calidad de vida laboral, de [84.1 a 112] = buena calidad de vida laboral y de [112.1 a 140] = muy buena calidad de vida laboral.

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

4.6.2. PARA VALORAR LA SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Maslach Burnout Inventory”, elaborado por Maslach C, Jackson S y Leiter M, en el 1996 (72), que está constituido por 22 ítems, dividido en tres dimensiones: que miden “agotamiento emocional” con 9 reactivos (1 al 9), despersonalización con 5 reactivos (10 al 14) y realización personal con 8 reactivos (15 al 22). Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0= nunca, 1= a veces, 2= de forma regular, 3= frecuentemente y 4= de forma permanente.

Para dar significado global al instrumento, se suman los valores obtenidos para cada pregunta y se interpreta de acuerdo a la siguiente escala: de [105.7 - 132] = síndrome de burnout grave, de [79.3 - 105.6] = síndrome de burnout manifiesto, de [52.9 - 79.2] = síndrome de burnout moderado, de [26.5 – 52.8] = síndrome de burnout leve y de [0 – 26.4] = síndrome de burnout nulo.

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

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Los datos recolectados, fueron revisados y registrados en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, que luego fueron exportados al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar el grado de calidad de vida laboral en profesionales de enfermería, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

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

4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

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

4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDOS PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

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

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el desarrollo de la investigación se cumplieron con los principios éticos de la investigación científica, se procedió en conformidad a las siguientes normas bioéticas:

Autonomía, las enfermeras tomaron su propia decisión sobre si deseaban participar o continuar participando en la investigación. Esto se realizó a través de un proceso de consentimiento informado en el que las enfermeras fueron informadas con precisión sobre el propósito, los métodos, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, nos cercioramos que las enfermeras hallan entendido la información y cómo se relaciona con su propia situación clínica o intereses y luego pudieron tomar una decisión voluntaria sobre, si participar o no.

Beneficencia, el propósito final del estudio es incrementar es evitar, reducir o aliviar el síndrome de burnout apoyándonos en la mejora de la calidad de vida laboral; además el estudio fue metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio fueron confirmadas y su aplicación beneficiosa.

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

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

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

Art, 27°, PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA

- a. Protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socio culturales.
- b. Consentimiento informado y expreso.
- c. Beneficencia y no maleficencia.
- d. Protección al medio ambiente y el respeto de la biodiversidad
- e. Responsabilidad
- f. 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 al derecho de autor.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

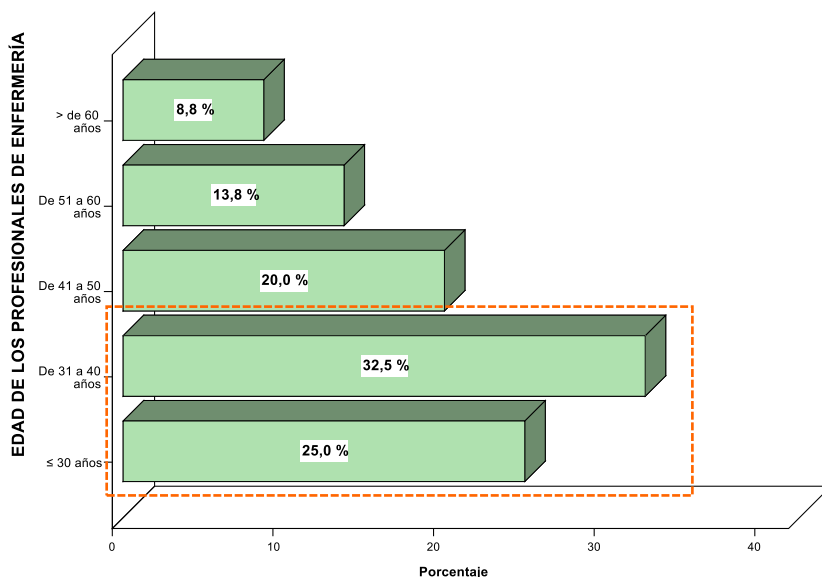
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
≤ 30 años	20	25,0
De 31 a 40 años	26	32,5
De 41 a 50 años	16	20,0
De 51 a 60 años	11	13,8
> de 60 años	7	8,8
Total	80	100,0

*Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



*Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.*

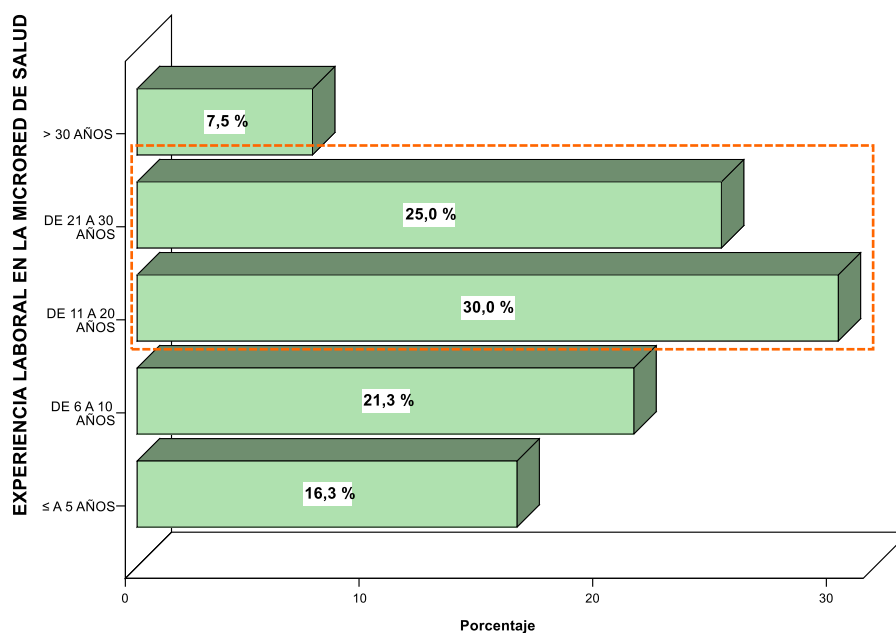
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que; de 80(100 %), 46(57.5 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, poseen una edad igual o menor de 40 años.

TABLA 2: TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
≤ a 5 años	13	16,3
De 6 a 10 años	17	21,3
De 11 a 20 años	24	30,0
De 21 a 30 años	20	25,0
> 30 años	6	7,5
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL EN LA INSTITUCIÓN, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

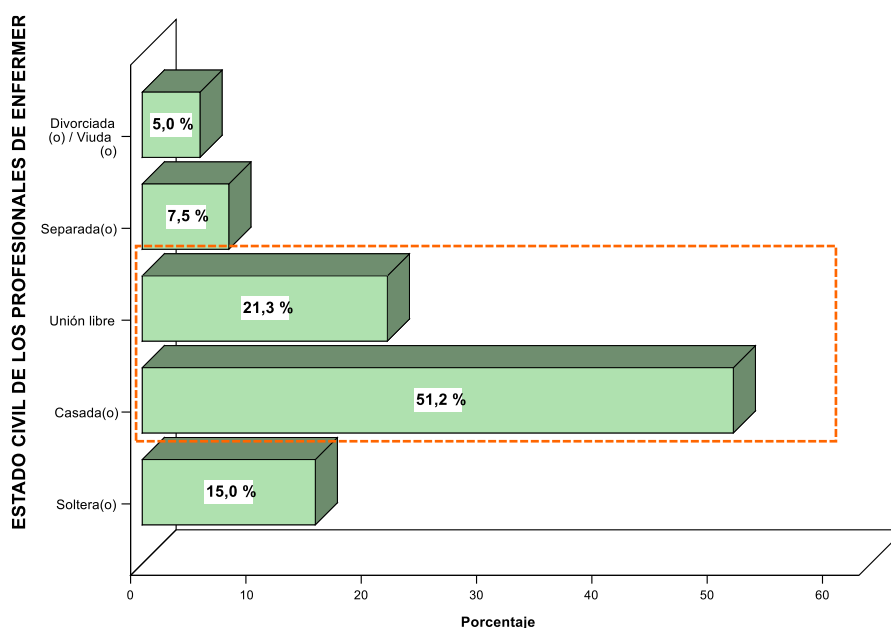
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que; de 80(100 %), 41(55.0 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen una experiencia laboral de 11 a 30 años en la Micro Red de Salud Chilca.

TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera(o)	12	15,0
Casada(o)	41	51,2
Unión libre	17	21,3
Separada(o)	6	7,5
Divorciada(o) / Viuda(o)	4	5,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

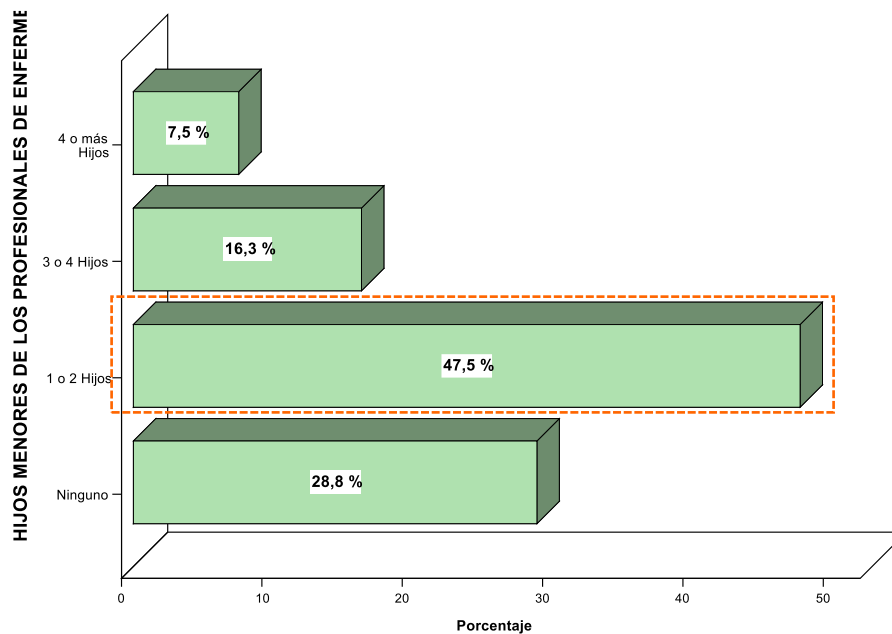
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que; de 80(100 %), 58(72.5 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, están casadas(os) o tienen una unión libre.

TABLA 4: HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	23	28,7
1 o 2 Hijos	38	47,5
3 o 4 Hijos	13	16,3
4 o más Hijos	6	7,5
Total	80	100,0
Ninguno	23	28,7

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: HIJOS MENORES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

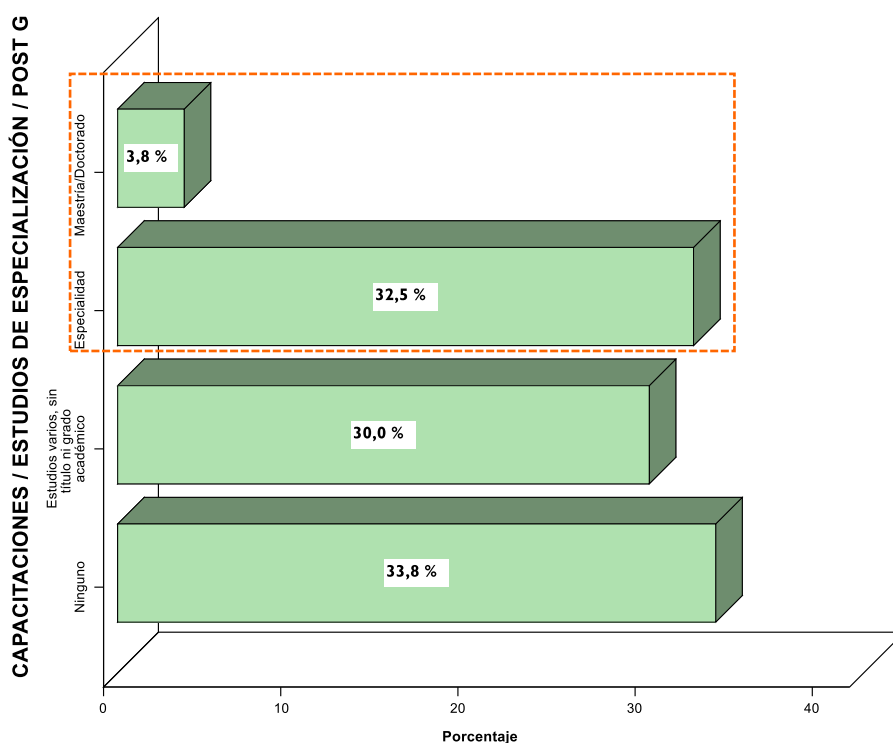
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que; de 80(100 %), 38(47.5 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen uno o dos hijos menores bajo su cuidado.

TABLA 5: CAPACITACIONES / ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN / POST GRADO, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	27	33,8
Estudios varios, sin título ni grado académico	24	30,0
Especialidad	26	32,5
Maestría/Doctorado	3	3,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: CAPACITACIONES / ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN / POST GRADO, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

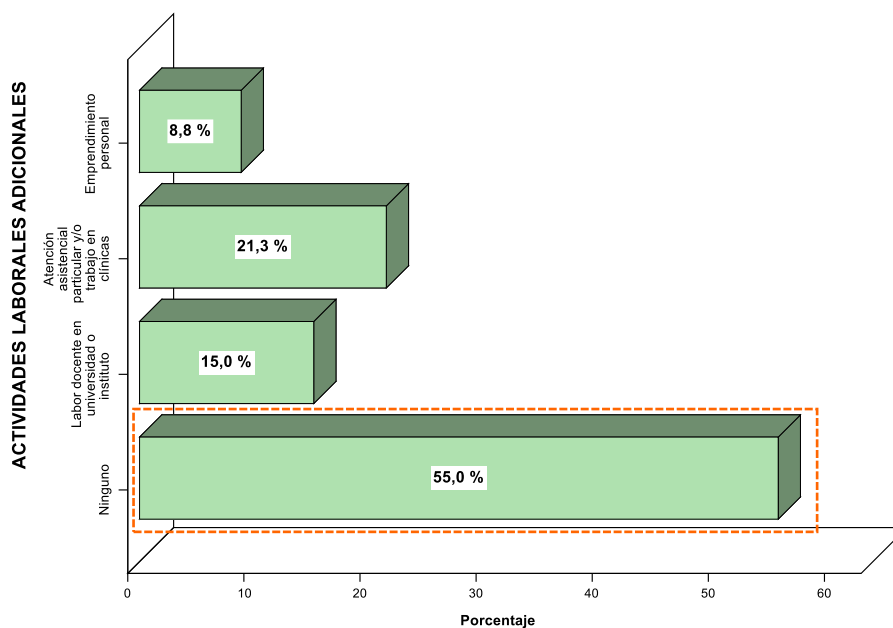
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que; de 80(100 %), 29(36.3 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, son especialistas, o tienen maestría o doctorado.

TABLA 6: ACTIVIDADES LABORALES ADICIONALES, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	44	55,0
Labor docente en universidad o instituto	12	15,0
Atención asistencial particular y/o trabajo en clínicas	17	21,3
Emprendimiento personal	7	8,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: ACTIVIDADES LABORALES ADICIONALES, DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que; de 80(100 %), 44(55.0 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, no tienen ninguna actividad laboral adicional al que realizan en la Micro red de Salud “Chilca”.

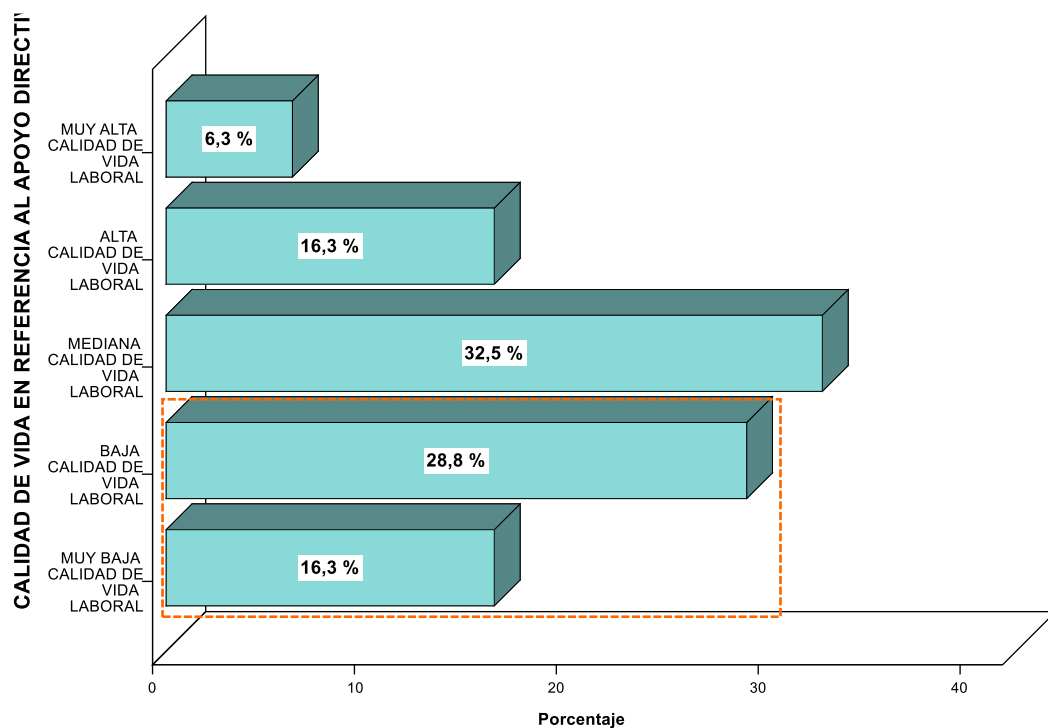
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 7: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	13	16,3
BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	23	28,7
MEDIANA CALIDAD DE VIDA LABORAL	26	32,5
ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	13	16,3
MUY ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	5	6,3
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAL EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

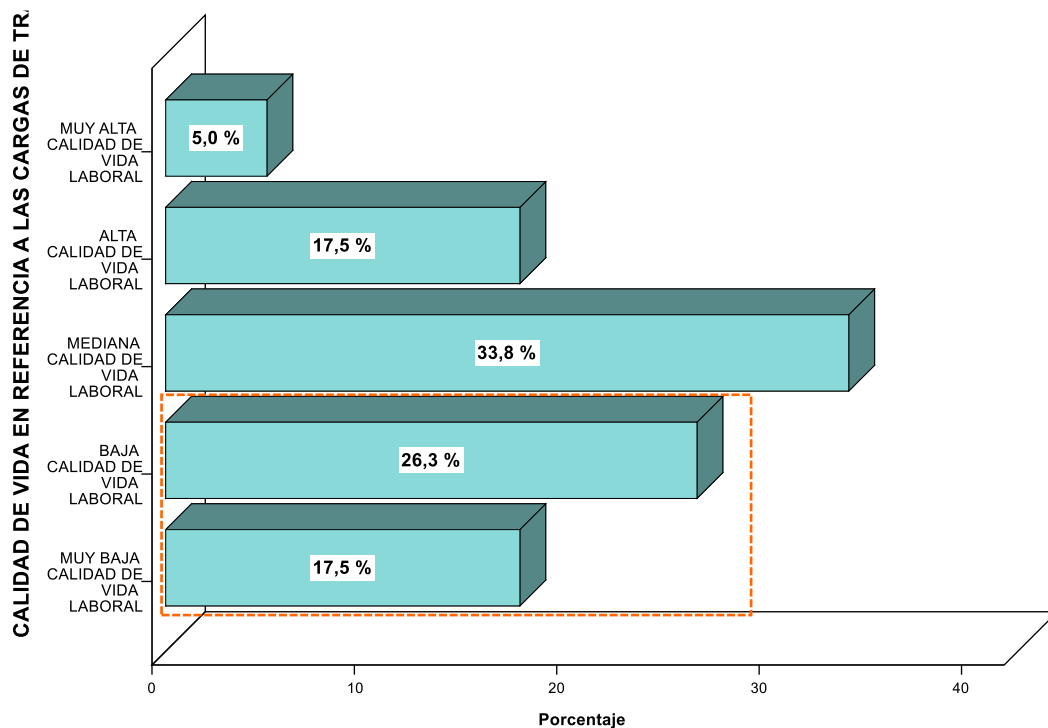
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que; de 80(100 %), 36(45.0 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo.

TABLA 8: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LAS CARGAS DE TRABAJO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	14	17,5
BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	21	26,3
MEDIANA CALIDAD DE VIDA LABORAL	27	33,8
ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	14	17,5
MUY ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	4	5,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LAS CARGAS DE TRABAJO; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

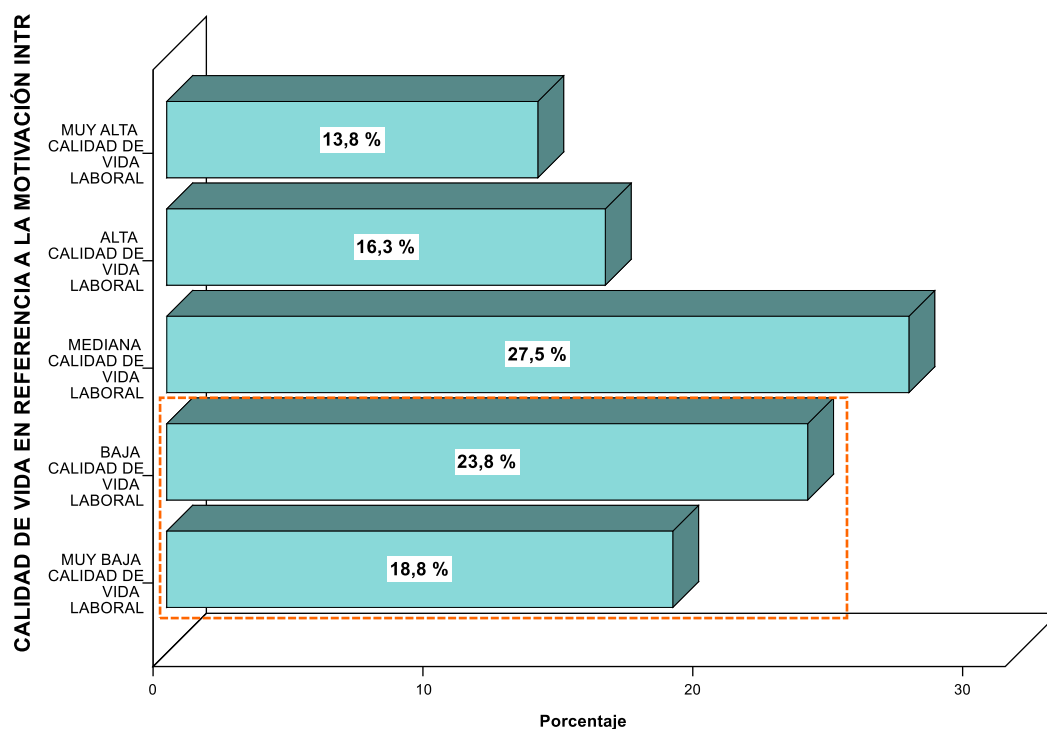
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que; de 80(100 %), 35(43.8 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja calidad de vida laboral en referencia a las cargas de trabajo.

TABLA 9: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	15	18,8
BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	19	23,8
MEDIANA CALIDAD DE VIDA LABORAL	22	27,5
ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	13	16,3
MUY ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

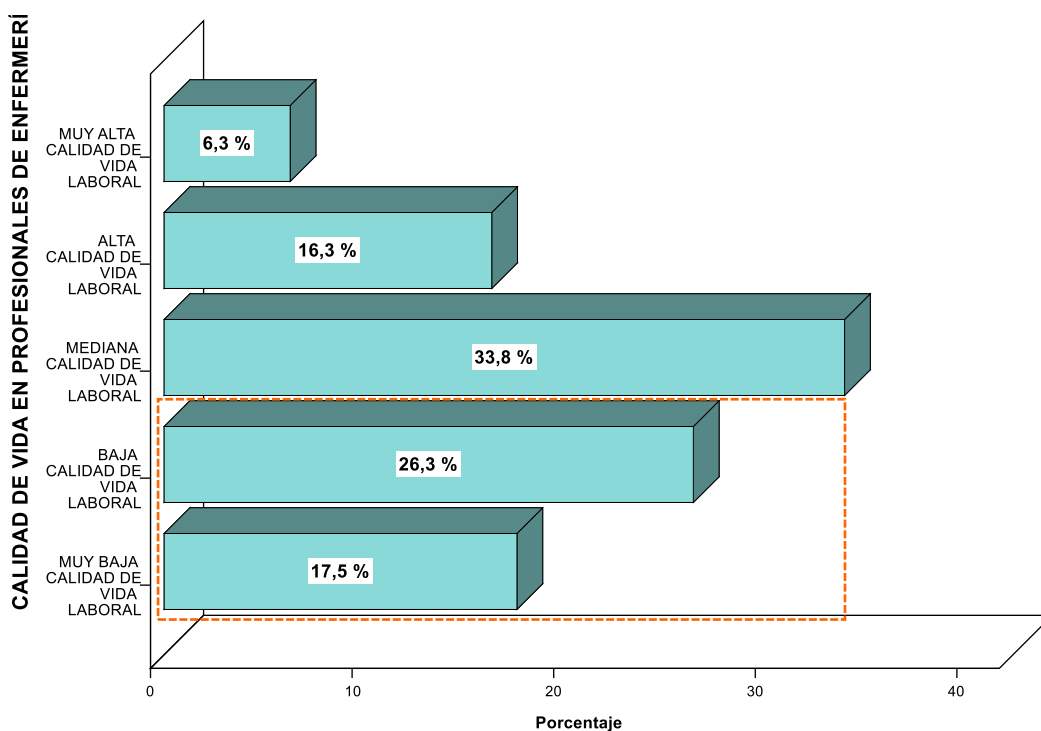
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que; de 80(100 %), 34(42.6 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca.

TABLA 10: CONSOLIDADO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	14	17,5
BAJA CALIDAD DE VIDA LABORAL	21	26,3
MEDIANA CALIDAD DE VIDA LABORAL	27	33,8
ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	13	16,3
MUY ALTA CALIDAD DE VIDA LABORAL	5	6,3
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Micro red de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: CONSOLIDADO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 10, Figura 10, se observa que; de 80(100 %), 35(43.8 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”, tienen baja o muy baja calidad de vida laboral.

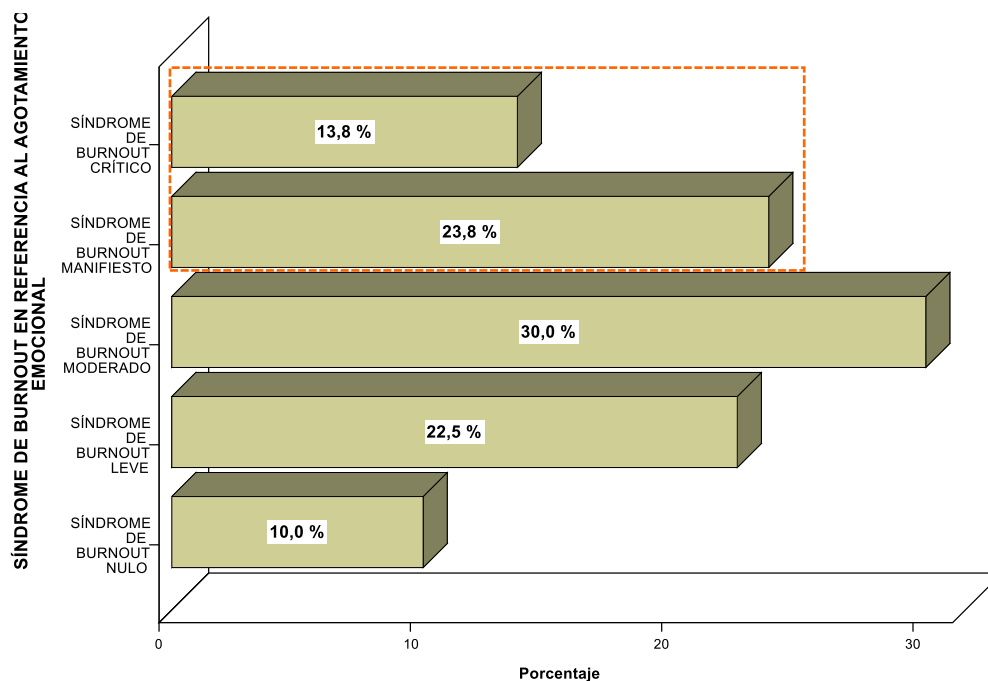
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SÍNDROME DE BURNOUT NULO	8	10,0
SÍNDROME DE BURNOUT LEVE	18	22,5
SÍNDROME DE BURNOUT MODERADO	24	30,0
SÍNDROME DE BURNOUT MANIFIESTO	19	23,8
SÍNDROME DE BURNOUT CRÍTICO	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

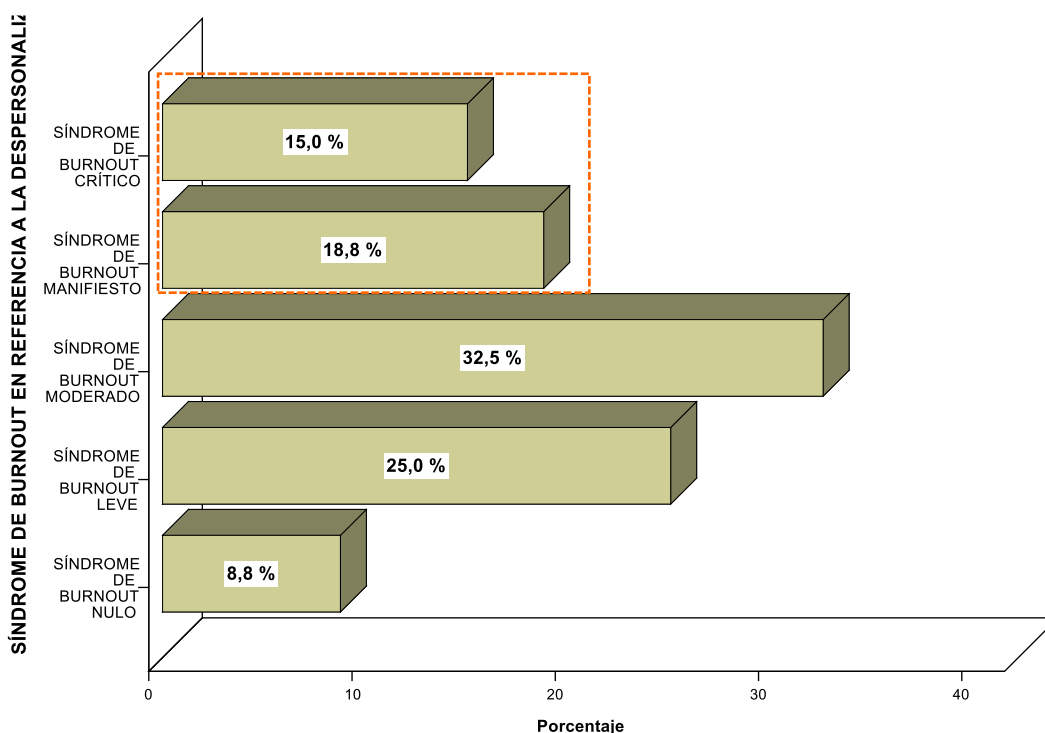
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que; de 80(100 %), 30(37.6%) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”; presentan síndrome de burnout en referencia al agotamiento emocional, en grado manifiesto o crítico.

TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA DESPERSONALIZACIÓN; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SÍNDROME DE BURNOUT NULO	7	8,8
SÍNDROME DE BURNOUT LEVE	20	25,0
SÍNDROME DE BURNOUT MODERADO	26	32,5
SÍNDROME DE BURNOUT MANIFIESTO	15	18,8
SÍNDROME DE BURNOUT CRÍTICO	12	15,0
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA DESPERSONALIZACIÓN; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

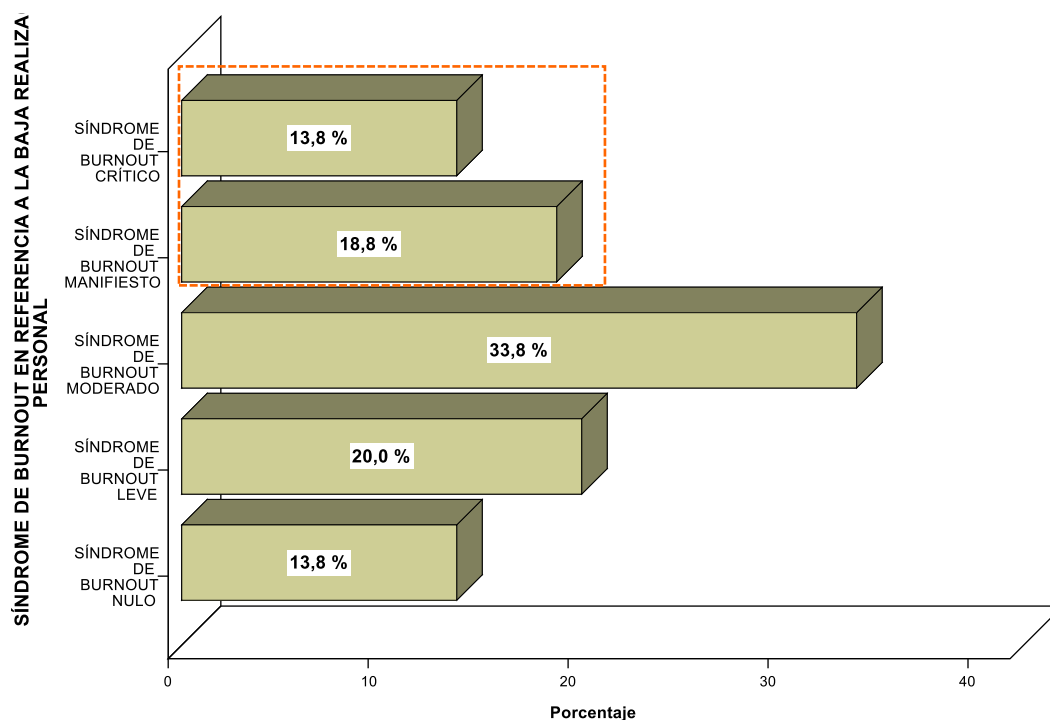
En la Tabla 12, Figura 12, se observa que; de 80(100 %), 27(33.8 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”; presentan síndrome de burnout en referencia a la despersonalización, en grado manifiesto o crítico.

TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SÍNDROME DE BURNOUT NULO	11	13,8
SÍNDROME DE BURNOUT LEVE	16	20,0
SÍNDROME DE BURNOUT MODERADO	27	33,8
SÍNDROME DE BURNOUT MANIFIESTO	15	18,8
SÍNDROME DE BURNOUT CRÍTICO	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN REFERENCIA A LA BAJA REALIZACIÓN PERSONAL; EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

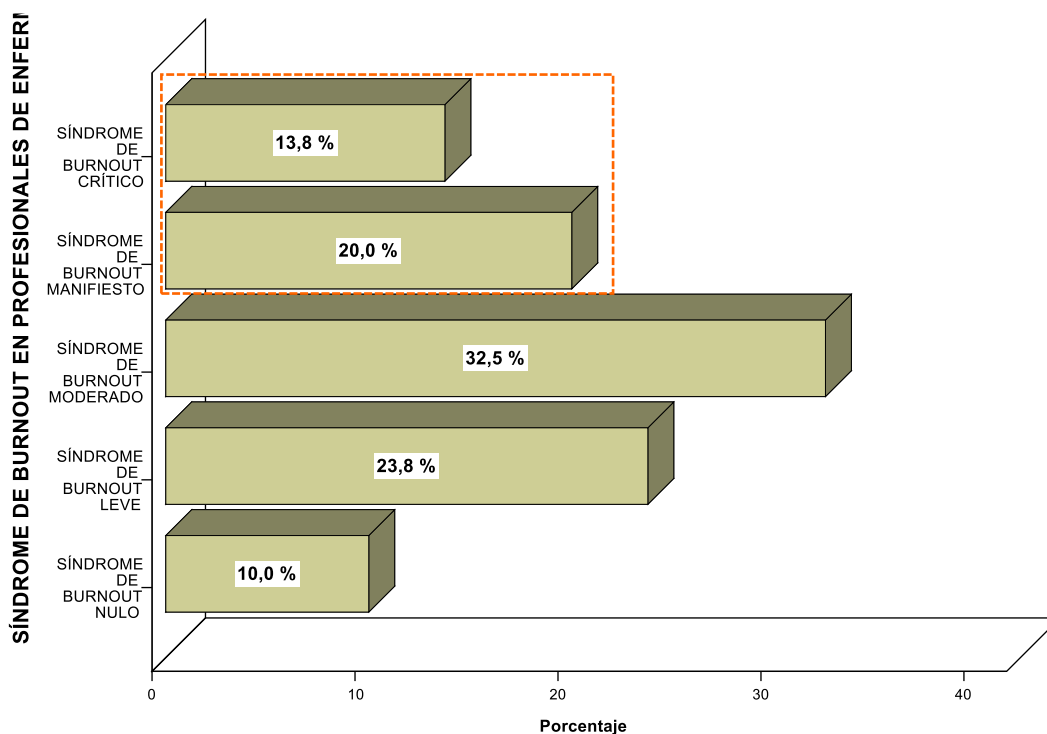
En la Tabla 13, Figura 13, se observa que; de 80(100 %), 26(32.6 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”; presentan síndrome de burnout en referencia a la baja realización personal, en grado manifiesto o crítico.

TABLA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SÍNDROME DE BURNOUT NULO	8	10,0
SÍNDROME DE BURNOUT LEVE	19	23,8
SÍNDROME DE BURNOUT MODERADO	26	32,5
SÍNDROME DE BURNOUT MANIFIESTO	16	20,0
SÍNDROME DE BURNOUT CRÍTICO	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CHILCA” - 2021



Fuente: Encuesta administrada a las licenciadas(os) de enfermería que laboran en la Microred de Salud “Chilca” en el 2021
Elaboración: Propia.

En la Tabla 13, Figura 13, se observa que; de 80(100 %), 27(33.8 %) de las enfermeras(os) que laboran en la Micro red de Salud “Chilca”; presentan síndrome de burnout manifiesto o crítico.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

En la investigación debemos de comprobar las hipótesis propuestas; para ello tenemos que definir el tipo de prueba estadística que se deberá de emplear, un requisito indispensable para elegir el tipo de prueba es determinar si el conjunto de datos de cada una de las variables posee distribución normal. La normalidad de los datos es un reflejo de la forma en que se distribuye la frecuencia de los datos; siendo más abundantes los datos con valores más próximos a la media y más escasos los datos con valores extremos próximos a los últimos valores superiores e inferiores; dicho de otro modo, la distribución muestral de la media de los datos de la variable tiene forma de campana. Se sabe que lo más conveniente es emplear pruebas paramétricas, debido a son más: específicas, sensibles, robustas de mayor potencia; además si se dan las condiciones para utilizar una prueba paramétrica y se utiliza una prueba no paramétrica, la investigación no sería eficiente (73). Por todas las razones explicadas se torna necesario, aplicar una prueba de normalidad a los datos de ambas variables.

Se ha convenido emplear la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de los datos; debido a que la condición para utilizar esta prueba es que se tenga más de 50 observaciones; y en este estudio tenemos 80 observaciones. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se efectúa una comparación entre la función de distribución acumulada de los datos (observada) con la función de la distribución normal (teórica); si existe una disimilitud notable entre ambas distribuciones; entonces se concluye que no existe normalidad. Debido a que la prueba de Kolmogorov-Smirnov, requiere medidas poblacionales y este estudio emplea medidas muestrales; es necesario utilizar la corrección de Lilliefors para realizar la debida comprobación de la normalidad de los datos de ambas variables (74).

Para esta prueba hemos establecido la siguiente hipótesis: H_0 = La distribución acumulada observada es semejante a la distribución normal teórica; H_1 = La distribución acumulada observada es discordante a la distribución normal teórica; Si $p \text{ value} \leq 0.05$; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por consiguiente, el “p value” tendría que ser mayor a 0.05 para tener certeza, que los datos de las variables del estudio poseen normalidad (75).

TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,087	80	,189*	,864	80	,473
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,091	80	,198*	,857	80	,421

En la Tabla 15, se constata que en la variable calidad de vida laboral en profesionales de enfermería, existe un “p value = 0.189”; que es numéricamente mayor a 0.005; en consecuencia; no es posible negar a la hipótesis nula ($H_0 = Los\ datos\ sobre\ calidad\ de\ vida\ laboral\ en\ profesionales\ de\ enfermería\ tienen\ normalidad$); en consecuencia, se afirma que el conjunto de datos que corresponde a esta variable posee normalidad.

En la tabla 15, también se verifica que en la variable síndrome de burnout en profesionales de enfermería, existe un “p value = 0.198”; que es numéricamente mayor a 0.005; en consecuencia; no es posible negar a la hipótesis nula ($H_0 = Los\ datos\ sobre\ síndrome\ de\ burnout\ en\ profesionales\ de\ enfermería\ tienen\ normalidad$); en consecuencia, se afirma que el conjunto de datos que pertenecen a esta variable posee normalidad.

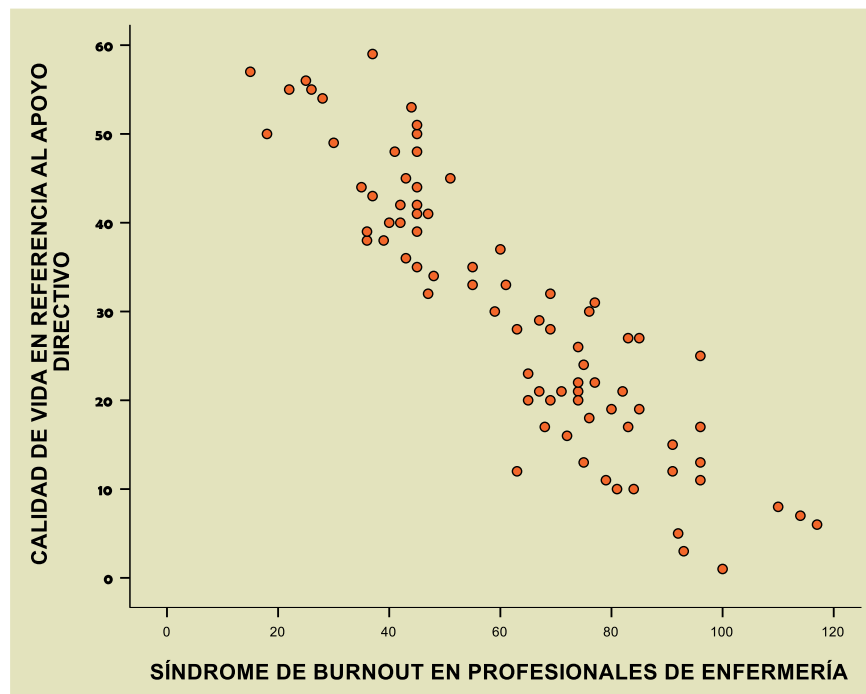
Por los resultados alcanzados que confirman la normalidad de los datos de ambas variables; se deriva que lo pertinente es emplear pruebas paramétricas en los contrastes de hipótesis de esta investigación. Se han convenido emplear, el cálculo del “Coeficiente r de Pearson” y la “Prueba t para correlaciones” como las pruebas más pertinentes para esta investigación.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Con la finalidad de comprobar el vínculo entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; elaboramos un diagrama de dispersión, que nos permite visualizar la dirección y la intensidad en la que estas variables están asociadas.

Los diagramas de dispersión, son representaciones que emplean un conjunto de puntos, situados entre dos coordenadas cartesianas que asignan valores a cada variable, los puntos de dispersión responden a pares ordenados, la forma en que se agrupan los puntos denota el sentido de la asociación y el grado en el que se aproximan los puntos alrededor de una curva, indica la intensidad de la asociación (76). Se procedió a elaborar el diagrama de dispersión entre la primera dimensión de la variable calidad de vida laboral y la variable síndrome de burnout; el diagrama obtenido se presenta a continuación.

FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL **APOYO DIRECTIVO** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 15, se comprueba que la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, tienen una asociación inversamente proporcional; fundamentados en esta evidencia gráfica, podemos afirmar; que, ante una mejora de la calidad de vida laboral en su dimensión **apoyo directivo**, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En esta investigación, se estableció como primera hipótesis específica; que, “A mejor calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021”

El coeficiente de correlación r de Pearson, fue el método empleado para verificar la hipótesis; este coeficiente indica la intensidad del vínculo entre dos variables. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida estadística de la fuerza de una relación lineal entre datos apareados. Los valores positivos denotan una correlación lineal positiva; mientras que los valores negativos indican una correlación lineal negativa; y un valor de 0 denota que no hay correlación lineal; cuanto más cerca esté el valor de 1 o -1 , más fuerte será la correlación lineal (77). La magnitud del coeficiente y su significancia encontrada se presentan a continuación.

TABLA 16: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL **APOYO DIRECTIVO** Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA AL APOYO DIRECTIVO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,452**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

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

En la Tabla 16, se encuentra que el coeficiente r de Pearson = -0.452 . La numeración del coeficiente indica que existe una asociación moderada entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y síndrome de burnout. El signo del coeficiente es negativo, y revela que el vínculo entre las variables es inverso; esto denota que: dada la intensificación de la manifestación de una variable, se reduce la magnitud de la otra variable. El coeficiente calculado es un estadígrafo porque fue hallado a partir de datos muestrales; sin embargo, para verificar la hipótesis es necesario tener parámetros derivados de datos poblacionales; debido a esta disyuntiva, se torna indispensable hacer una inferencia por medio de la cual podamos aproximarnos al parámetro “ ρ ” a partir del estadígrafo “ r ”. Hemos recurrido a la ponderación del “p value” (Sig. bilateral); teniendo como precepto de determinación que; si el “p value” corresponde a un valor menor a 0.05; entonces “ r ” es semejante a “ ρ ”; y es evidencia que las variables estudiadas están relacionadas a nivel poblacional. Contemplando los resultados se constata que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que es ampliamente menor a 0.05.

Después de sopesar la magnitud y el signo de la “ r de Pearson” y la medida del “p value”; se corrobora que, dado un incremento de la calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo**; disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; debido a lo cual, declaramos corroborada la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: Nominación de la prueba estadística a utilizar

Se debe de esclarecer si la correlación hallada en los datos muestrales, es un reflejo de la correlación en la población, la prueba que nos permitirá absolver este dilema es la “prueba t para coeficientes de correlación” (78).

La representación matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, es la siguiente:

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

Los símbolos representan:

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

Operar esta fórmula nos posibilitará establecer; si la magnitud del coeficiente de correlación hallado en la investigación de $[r = -0,452]$ en 80 observaciones es prueba suficiente, para afirmar con seguridad que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su medida es similar al coeficiente de correlación muestral (r).

PASO 02: Especificación de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: Condiciones para utilizar la prueba

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación; es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos proceden de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables poseen normalidad.
- Las escalas de valoración de las variables incluyeron el cero absoluto.

Se cumplieron todas las condiciones.

PASO 04: Nivel de error elegido para el estudio

Se optó por un valor $\alpha = 0.05$ para la investigación

PASO 05: Criterios de decisión trazados

Valor t tabular

Se obtuvo el valor tabular de la distribución t; considerando:

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.

PASO 06: Cálculo matemático

Operando:

$$t = \frac{-0.452 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.452^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.452 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.204}} \Rightarrow t = \frac{-0.452*8.832}{0.796}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.043}{0.892} \Rightarrow = -4.532 \Rightarrow | -4.532 | = 4.532$$

PASO 07: Interpretación de resultados

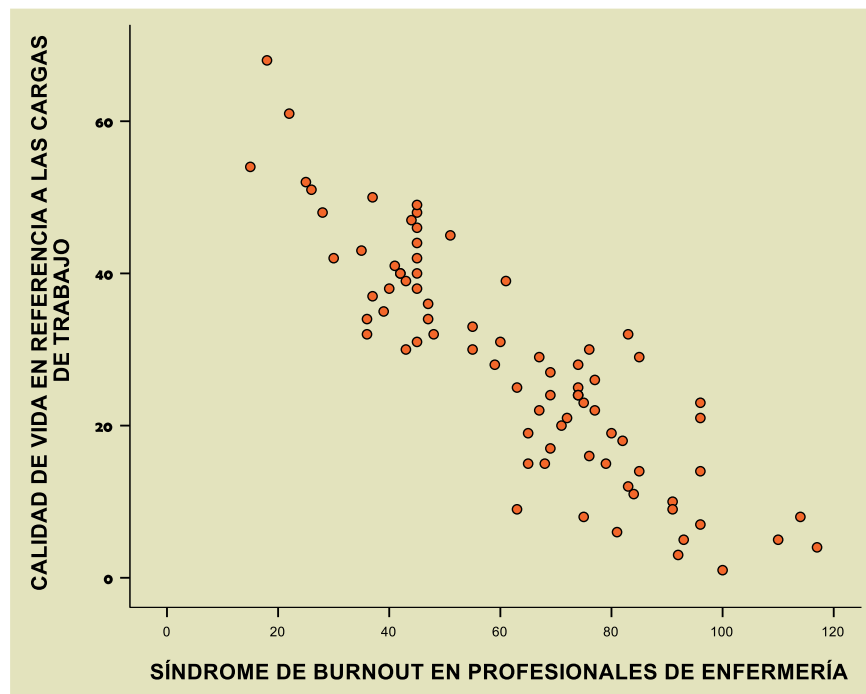
Se tienen una “t calculada” igual a 4.532, que es una magnitud numérica ampliamente mayor a 1.991; bajo los criterios de decisión, corresponde negar la hipótesis nula de correlación cero, y en consecuencia admitir a la hipótesis alterna; por lo tanto, queda confirmada la asociación entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Con la finalidad de comprobar el vínculo entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; elaboramos un diagrama de dispersión, que nos permite visualizar la dirección y la intensidad en la que estas variables están asociadas.

Los diagramas de dispersión, son representaciones que emplean un conjunto de puntos, situados entre dos coordenadas cartesianas que asignan valores a cada variable, los puntos de dispersión responden a pares ordenados, la forma en que se agrupan los puntos denota el sentido de la asociación y el grado en el que se aproximan los puntos alrededor de una curva, indica la intensidad de la asociación (76). Se procedió a elaborar el diagrama de dispersión entre la segunda dimensión de la variable calidad de vida laboral y la variable síndrome de burnout; el diagrama obtenido se presenta a continuación.

FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 16, se comprueba que la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, tienen una asociación inversamente proporcional; fundamentados en esta evidencia gráfica, podemos afirmar; que, ante una mejora de la calidad de vida laboral en su dimensión **carga de trabajo**, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En esta investigación, se estableció como segunda hipótesis específica; que, “A mejor calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021”

El coeficiente de correlación r de Pearson, fue el método empleado para verificar la hipótesis; este coeficiente indica la intensidad del vínculo entre dos variables. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida estadística de la fuerza de una relación lineal entre datos apareados. Los valores positivos denotan una correlación lineal positiva; mientras que los valores negativos indican una correlación lineal negativa; y un valor de 0 denota que no hay correlación lineal; cuanto más cerca esté el valor de 1 o -1 , más fuerte será la correlación lineal (77). La magnitud del coeficiente y su significancia encontrada se presentan a continuación.

TABLA 17: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA CARGA DE TRABAJO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,471**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

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

En la Tabla 17, se encuentra que el coeficiente r de Pearson = -0.471 . La numeración del coeficiente indica que existe una asociación moderada entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y síndrome de burnout. El signo del coeficiente es negativo, y revela que el vínculo entre las variables es inverso; esto denota que: dada la intensificación de la manifestación de una variable, se reduce la magnitud de la otra variable. El coeficiente calculado es un estadígrafo porque fue hallado a partir de datos muestrales; sin embargo, para verificar la hipótesis es necesario tener parámetros derivados de datos poblacionales; debido a esta disyuntiva, se torna indispensable hacer una inferencia por medio de la cual podamos aproximarnos al parámetro “ ρ ” a partir del estadígrafo “ r ”. Hemos recurrido a la ponderación del “ p value” (Sig. bilateral); teniendo como precepto de determinación que; si el “ p value” corresponde a un valor menor a 0.05; entonces “ r ” es semejante a “ ρ ”; y es evidencia que las variables estudiadas están relacionadas a nivel poblacional. Contemplando los resultados se constata que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que es ampliamente menor a 0.05.

Después de sopesar la magnitud y el signo de la “ r de Pearson” y la medida del “ p value”; se corrobora que, dado un incremento de la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo; disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; debido a lo cual, declaramos corroborada la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: Nominación de la prueba estadística a utilizar

Se debe de esclarecer si la correlación hallada en los datos muestrales, es un reflejo de la correlación en la población, la prueba que nos permitirá absolver este dilema es la “prueba t para coeficientes de correlación” (78).

La representación matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, es la siguiente:

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

Los símbolos representan:

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

Operar esta fórmula nos posibilitará establecer; si la magnitud del coeficiente de correlación hallado en la investigación de $[r = -0,471]$ en 80 observaciones es prueba suficiente, para afirmar con seguridad que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su medida es similar al coeficiente de correlación muestral (r).

PASO 02: Especificación de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: Condiciones para utilizar la prueba

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación; es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos proceden de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables poseen normalidad.
- Las escalas de valoración de las variables incluyeron el cero absoluto.

Se cumplieron todas las condiciones.

PASO 04: Nivel de error elegido para el estudio

Se optó por un valor $\alpha = 0.05$ para la investigación

PASO 05: Criterios de decisión trazados

Valor t tabular

Se obtuvo el valor tabular de la distribución t; considerando:

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.

PASO 06: Cálculo matemático

Operando:

$$t = \frac{-0.471 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.471^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.471 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.222}} \Rightarrow t = \frac{-0.471*8.832}{0.778}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.213}{0.882} \Rightarrow = -4.776 \Rightarrow | -4.776 | = 4.776$$

PASO 07: Interpretación de resultados

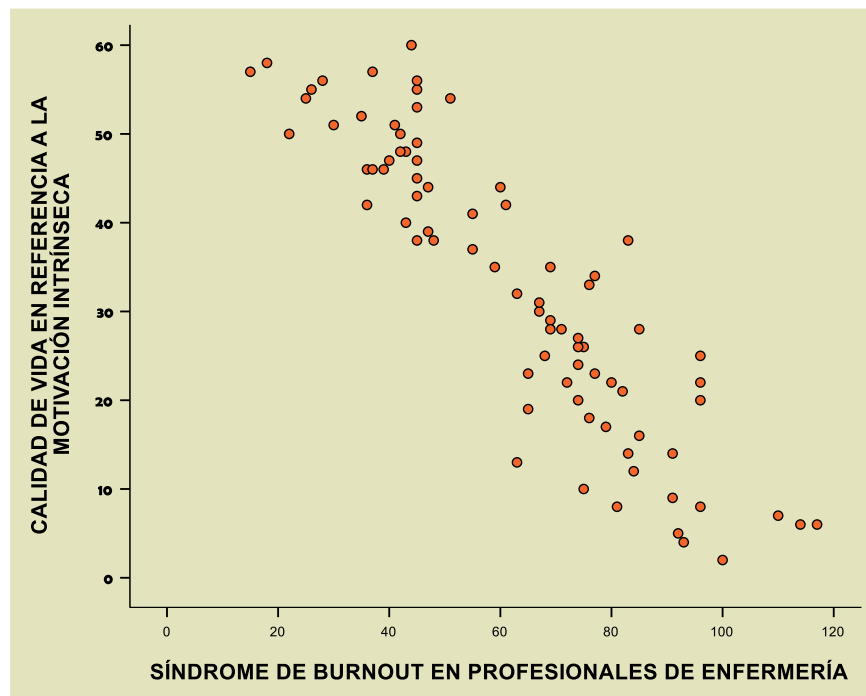
Se tienen una “t calculada” igual a 4.776, que es una magnitud numérica ampliamente mayor a 1.991; bajo los criterios de decisión, corresponde negar la hipótesis nula de correlación cero, y en consecuencia admitir a la hipótesis alterna; por lo tanto, queda confirmada la asociación entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Con la finalidad de comprobar el vínculo entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; elaboramos un diagrama de dispersión, que nos permite visualizar la dirección y la intensidad en la que estas variables están asociadas.

Los diagramas de dispersión, son representaciones que emplean un conjunto de puntos, situados entre dos coordenadas cartesianas que asignan valores a cada variable, los puntos de dispersión responden a pares ordenados, la forma en que se agrupan los puntos denota el sentido de la asociación y el grado en el que se aproximan los puntos alrededor de una curva, indica la intensidad de la asociación (76). Se procedió a elaborar el diagrama de dispersión entre la tercera dimensión de la variable calidad de vida laboral y la variable síndrome de burnout; el diagrama obtenido se presenta a continuación.

FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 17, se comprueba que la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, tienen una asociación inversamente proporcional; fundamentados en esta evidencia gráfica, podemos afirmar; que, ante una mejora de la calidad de vida laboral en su dimensión **motivación intrínseca**, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En esta investigación, se estableció como tercera hipótesis específica; que, “A mejor calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021”

El coeficiente de correlación r de Pearson, fue el método empleado para verificar la hipótesis; este coeficiente indica la intensidad del vínculo entre dos variables. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida estadística de la fuerza de una relación lineal entre datos apareados. Los valores positivos denotan una correlación lineal positiva; mientras que los valores negativos indican una correlación lineal negativa; y un valor de 0 denota que no hay correlación lineal; cuanto más cerca esté el valor de 1 o -1 , más fuerte será la correlación lineal (77). La magnitud del coeficiente y su significancia encontrada se presentan a continuación.

TABLA 18: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN REFERENCIA A LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,469**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

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

En la Tabla 18, se encuentra que el coeficiente r de Pearson = -0.469 . La numeración del coeficiente indica que existe una asociación moderada entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y síndrome de burnout. El signo del coeficiente es negativo, y revela que el vínculo entre las variables es inverso; esto denota que: dada la intensificación de la manifestación de una variable, se reduce la magnitud de la otra variable. El coeficiente calculado es un estadígrafo porque fue hallado a partir de datos muestrales; sin embargo, para verificar la hipótesis es necesario tener parámetros derivados de datos poblacionales; debido a esta disyuntiva, se torna indispensable hacer una inferencia por medio de la cual podamos aproximarnos al parámetro “ ρ ” a partir del estadígrafo “ r ”. Hemos recurrido a la ponderación del “ p value” (Sig. bilateral); teniendo como precepto de determinación que; si el “ p value” corresponde a un valor menor a 0.05; entonces “ r ” es semejante a “ ρ ”; y es evidencia que las variables estudiadas están relacionadas a nivel poblacional. Contemplando los resultados se constata que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que es ampliamente menor a 0.05.

Después de sopesar la magnitud y el signo de la “ r de Pearson” y la medida del “ p value”; se corrobora que, dado un incremento de la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca; disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; debido a lo cual, declaramos corroborada la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: Nominación de la prueba estadística a utilizar

Se debe de esclarecer si la correlación hallada en los datos muestrales, es un reflejo de la correlación en la población, la prueba que nos permitirá absolver este dilema es la “prueba t para coeficientes de correlación” (78).

La representación matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, es la siguiente:

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

Los símbolos representan:

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

Operar esta fórmula nos posibilitará establecer; si la magnitud del coeficiente de correlación hallado en la investigación de $[r = -0,469]$ en 80 observaciones es prueba suficiente, para afirmar con seguridad que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su medida es similar al coeficiente de correlación muestral (r).

PASO 02: Especificación de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: Condiciones para utilizar la prueba

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación; es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos proceden de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables poseen normalidad.
- Las escalas de valoración de las variables incluyeron el cero absoluto.

Se cumplieron todas las condiciones.

PASO 04: Nivel de error elegido para el estudio

Se optó por un valor $\alpha = 0.05$ para la investigación

PASO 05: Criterios de decisión trazados

Valor t tabular

Se obtuvo el valor tabular de la distribución t; considerando:

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.

PASO 06: Cálculo matemático

Operando:

$$t = \frac{-0.469 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.469^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.469 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.219}} \Rightarrow t = \frac{-0.469*8.832}{0.780}$$

$$\Rightarrow t = \frac{-4.195}{0.883} \Rightarrow = -4.749 \Rightarrow | -4.749 | = 4.749$$

PASO 07: Interpretación de resultados

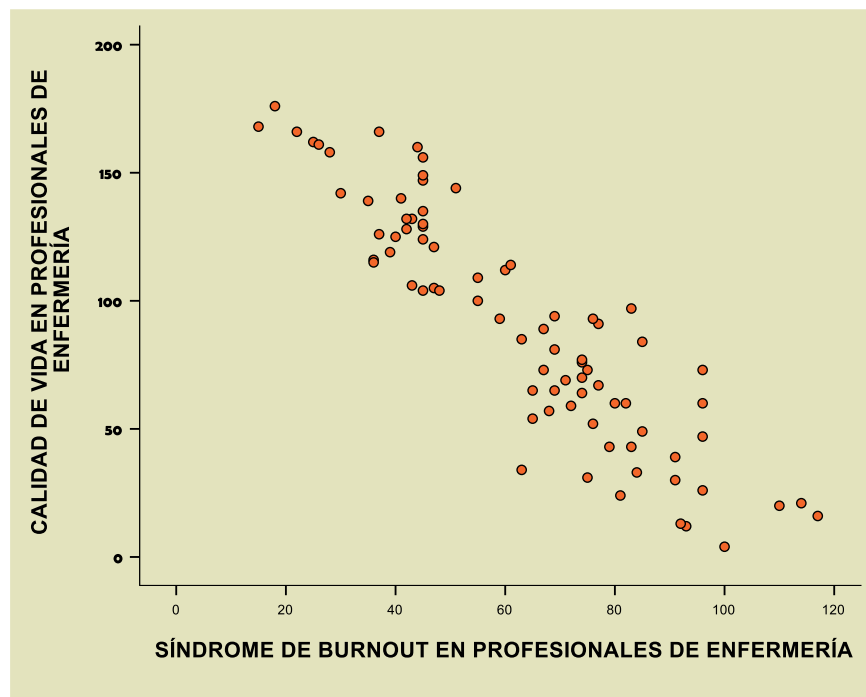
Se tienen una “t calculada” igual a 4.749, que es una magnitud numérica ampliamente mayor a 1.991; bajo los criterios de decisión, corresponde negar la hipótesis nula de correlación cero, y en consecuencia admitir a la hipótesis alterna; por lo tanto, queda confirmada la asociación entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Con la finalidad de comprobar el vínculo entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; elaboramos un diagrama de dispersión, que nos permite visualizar la dirección y la intensidad en la que estas variables están asociadas.

Los diagramas de dispersión, son representaciones que emplean un conjunto de puntos, situados entre dos coordenadas cartesianas que asignan valores a cada variable, los puntos de dispersión responden a pares ordenados, la forma en que se agrupan los puntos denota el sentido de la asociación y el grado en el que se aproximan los puntos alrededor de una curva, indica la intensidad de la asociación (76). Se procedió a elaborar el diagrama de dispersión entre la variable calidad de vida laboral y la variable síndrome de burnout; el diagrama obtenido se presenta a continuación.

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 18, se comprueba que la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, tienen una asociación inversamente proporcional; fundamentados en esta evidencia gráfica, podemos afirmar; que, ante una mejora de la calidad de vida laboral, disminuye el síndrome de burnout en las enfermeras(os).

En esta investigación, se estableció como hipótesis general; que, “A mejor calidad de vida laboral; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021”

El coeficiente de correlación r de Pearson, fue el método empleado para verificar la hipótesis; este coeficiente indica la intensidad del vínculo entre dos variables. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida estadística de la fuerza de una relación lineal entre datos apareados. Los valores positivos denotan una correlación lineal positiva; mientras que los valores negativos indican una correlación lineal negativa; y un valor de 0 denota que no hay correlación lineal; cuanto más cerca esté el valor de 1 o -1 , más fuerte será la correlación lineal (77). La magnitud del coeficiente y su significancia encontrada se presentan a continuación.

TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Correlaciones		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,464**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	80

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

En la Tabla 19, se encuentra que el coeficiente r de Pearson = -0.464 . La numeración del coeficiente indica que existe una asociación moderada entre la calidad de vida laboral y síndrome de burnout. El signo del coeficiente es negativo, y revela que el vínculo entre las variables es inverso; esto denota que: dada la intensificación de la manifestación de una variable, se reduce la magnitud de la otra variable. El coeficiente calculado es un estadígrafo porque fue hallado a partir de datos muestrales; sin embargo, para verificar la hipótesis es necesario tener parámetros derivados de datos poblacionales; debido a esta disyuntiva, se torna indispensable hacer una inferencia por medio de la cual podamos aproximarnos al parámetro “ p ” a partir del estadígrafo “ r ”. Hemos recurrido a la ponderación del “ p value” (Sig. bilateral); teniendo como precepto de determinación que; si el “ p value” corresponde a un valor menor a 0.05; entonces “ r ” es semejante a “ p ”; y es evidencia que las variables estudiadas están relacionadas a nivel poblacional. Contemplando los resultados se constata que; la “Sig. bilateral = 0.00”; que es ampliamente menor a 0.05.

Después de sopesar la magnitud y el signo de la “ r de Pearson” y la medida del “ p value”; se corrobora que, dado un incremento de la calidad de vida laboral; disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; debido a lo cual, declaramos corroborada la hipótesis propuesta.

FORMA ANALÍTICA DE COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: Nominación de la prueba estadística a utilizar

Se debe de esclarecer si la correlación hallada en los datos muestrales, es un reflejo de la correlación en la población, la prueba que nos permitirá absolver este dilema es la “prueba t para coeficientes de correlación” (78).

La representación matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, es la siguiente:

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

Los símbolos representan:

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

Operar esta fórmula nos posibilitará establecer; si la magnitud del coeficiente de correlación hallado en la investigación de $[r = -0,464]$ en 80 observaciones es prueba suficiente, para afirmar con seguridad que el coeficiente de correlación poblacional (ρ) es distinto de cero y su medida es similar al coeficiente de correlación muestral (r).

PASO 02: Especificación de hipótesis estadísticas

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

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

PASO 03: Condiciones para utilizar la prueba

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación; es indispensable cumplir con las siguientes condiciones:

- Los datos proceden de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables poseen normalidad.
- Las escalas de valoración de las variables incluyeron el cero absoluto.

Se cumplieron todas las condiciones.

PASO 04: Nivel de error elegido para el estudio

Se optó por un valor $\alpha = 0.05$ para la investigación

PASO 05: Criterios de decisión trazados

Valor t tabular

Se obtuvo el valor tabular de la distribución t; considerando:

- Grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 80 - 2 = 78)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a $0.05/2$).

Se define el valor de 1.991 para 78 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.991.

PASO 06: Cálculo matemático

Operando:

$$t = \frac{-0.464 \sqrt{80-2}}{\sqrt{1-0.464^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.464 \sqrt{78}}{\sqrt{1-0.215}} \Rightarrow t = \frac{-0.464*8.832}{0.784}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.150}{0.886} \Rightarrow = -4.685 \Rightarrow | -4.685 | = 4.685$$

PASO 07: Interpretación de resultados

Se tienen una “t calculada” igual a 4.685, que es una magnitud numérica ampliamente mayor a 1.991; bajo los criterios de decisión, corresponde negar la hipótesis nula de correlación cero, y en consecuencia admitir a la hipótesis alterna; por lo tanto, queda confirmada la asociación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En este trabajo científico, encontramos que el 43.8 % de las enfermeras(os) tienen baja o muy baja calidad de vida laboral; esto significa que cerca de la mitad de las enfermeras tienen una percepción negativa sobre su nivel de bienestar en su medio laboral. Estas enfermeras tienen baja: satisfacción y motivación con la vida que llevan en su trabajo; se hallan disconformes con su situación laboral y no se encuentran en condiciones de desplegar toda su cooperación y apoyo para el logro de los propósitos institucionales. Las enfermeras(os) sienten que no pueden satisfacer sus necesidades personales al trabajar en la organización; debido a que la institución no inculca en las enfermeras sentimientos de seguridad, equidad, orgullo, democracia interna, autonomía, responsabilidad y flexibilidad. La organización de salud no trata a las enfermeras de manera justa y solidaria, no abren canales de comunicación en todos los niveles, ni ofrecen a las enfermeras oportunidades para participar en las decisiones que las afectan. El organismo de salud no busca mejorar la participación de las enfermeras, no mejora el atractivo del trabajo en sí, no genera un clima organizacional cálido y de apertura.

Jabari M, Salah M, hallan que cerca de la mitad de las enfermeras tienen inadecuada calidad de vida laboral; asimismo evidencian que es necesario darles a las enfermeras

más desafíos, más oportunidades para usar sus ideas; la atención especial a la calidad de vida laboral proporciona un entorno de trabajo más humanizado; intenta atender las necesidades de orden superior de las enfermeras, así como sus necesidades más básicas. La calidad de vida laboral busca emplear las habilidades superiores de las enfermeras y proporcionar un entorno que las aliente a mejorar sus habilidades; la idea es que las enfermeras deben desarrollarse y no simplemente utilizarse; además, el trabajo no debe tener condiciones excesivamente negativas; no debería poner a las enfermeras bajo un estrés indebido; no debe dañar ni degradar su humanidad; no debe ser amenazante ni excesivamente peligroso; debería contribuir a dejar intactas, las capacidades de las enfermeras para desempeñarse en otras funciones de la vida, como ciudadana, cónyuge y madre; es decir, el trabajo debe contribuir al progreso social general. El interés moderno en la calidad de la vida laboral es otorgar mayor amplitud al trabajo proporcionando tareas diferentes para reducir su monotonía; también se recurre a la rotación de trabajos, que implica la asignación periódica de actividades laborales diferentes; la rotación laboral es una forma eficaz de desarrollar múltiples habilidades en las enfermeras, lo que beneficia a la organización al mismo tiempo que crea un mayor interés laboral y opciones de carrera para la enfermera (79).

Wara N, Rampengan S, Korompis M, encuentran que alrededor de la mitad de las enfermeras poseen una mala calidad de vida en salud; para mejorar la calidad de vida laboral; es necesario alcanzar el enriquecimiento laboral que ocurre cuando, el trabajo en sí es más desafiante, cuando se fomenta el logro, cuando hay oportunidad de crecimiento y cuando se brinda responsabilidad, retroalimentación y reconocimiento. No todas las enfermeras elegirán trabajos enriquecidos si tienen una opción; existe una relación de contingencia en términos de diferentes necesidades laborales, y algunas

enfermeras prefieren la simplicidad y seguridad de sus trabajos más rutinarios. Los trabajos que son ricos en elementos de comportamiento positivos, como la autonomía, la variedad, la identidad de la tarea, la importancia de la tarea y la retroalimentación, contribuyen a la satisfacción de la enfermera; asimismo, la orientación es importante porque la aceptación de la enfermera por parte del grupo de trabajo contribuye a la satisfacción; si un mejor desempeño conduce a recompensas más altas y si estas recompensas se consideran justas y equitativas, entonces se traduce en una mayor satisfacción; por otro lado, las recompensas inadecuadas pueden generar insatisfacción; en cualquier caso, la satisfacción se convierte en retroalimentación que afecta la imagen de uno mismo y la motivación para desempeñarse; la relación total desempeño-satisfacción es un sistema continuo, lo que dificulta evaluar el impacto de la satisfacción en la motivación o en el desempeño, y viceversa (80).

Sadat Z, Aboutalebi M, Masoudi N, constatan que el 52% de los profesionales de enfermería tienen un notable deterioro de la calidad de vida laboral; debido a que; la compensación es inadecuada e injusta o las condiciones de trabajo no son seguras ni saludables, es escasa la oportunidad de desarrollo de las competencias profesionales y son reducidas las posibilidades de crecimiento y seguridad. En las instituciones de salud, no se utilizan prácticas de gestión democráticas, no se enriquecen los puestos de trabajo de las enfermeras, ni se generan condiciones de trabajo seguro. La importancia de la calidad de vida laboral radica en ampliar los puestos de trabajo y las condiciones laborales que son sobresalientes para las enfermeras, así como la fortaleza económica de la organización. Se refiere al nivel de motivación, satisfacción, compromiso, implicación de los enfermeras y valoración del mejor desempeño de las enfermeras según los objetivos de la organización. La calidad de vida en el trabajo se

refiere a alcanzar un entorno laboral amigable para las personas involucradas en él; genera en las enfermeras sentimientos de seguridad, equidad, orgullo, autonomía, propiedad, democracia, responsabilidad y flexibilidad. Las enfermeras de hoy esperan algo más que el pago de su trabajo (81).

Thakre S, Thakre N, establecen que el 55 % de los trabajadores de enfermería afirman tener un acentuado detrimento de su calidad de vida laboral; debido a la baja compensación, malas condiciones de trabajo, falta de oportunidad de desarrollo y crecimiento, poca participación y reconocimiento, excesiva carga de trabajo, inseguridad laboral, falta de integración social, desequilibrio entre el trabajo y la vida. El comportamiento individual de la enfermera está influenciado por cómo ella percibe y reacciona al entorno proporcionado por su organización. La calidad de vida laboral es el reflejo de las experiencias de las enfermeras en el trabajo, su relación con otras enfermeras, su entorno laboral y su efectividad en el trabajo. El estilo del supervisor, el compromiso y la discreción, juegan un papel en la determinación de la calidad de vida laboral de la enfermera; esta se ve influenciada por factores como: sueldos y salarios; sistema de recompensas, ambiente seguro y saludable, condiciones laborales y relaciones interpersonales. La calidad de vida laboral se asocia con la satisfacción laboral, la motivación, la productividad, la salud, la seguridad laboral, la seguridad y el bienestar de la enfermera, abarcando cuatro ejes principales: un entorno de trabajo seguro; cuidado de la salud ocupacional; tiempo de trabajo apropiado; y un salario adecuado; abarca los efectos del lugar de trabajo sobre la satisfacción laboral, la satisfacción en los dominios de la vida no laboral y la satisfacción con la vida en general, la felicidad personal y el bienestar subjetivo. Mejorar la calidad de vida

laboral de las enfermeras afecta positivamente la productividad de la organización
(82).

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En la investigación hallamos que el 33.8 % de las enfermeras(os) que laboran en la Microred de Salud “Chilca”; presentan síndrome de burnout manifiesto o crítico; esto significa que la tercera parte de las enfermeras poseen agotamiento físico, emocional y mental; esto podría deberse a la exposición prolongada a situaciones de trabajo emocionalmente exigentes que degradan la relación subjetiva con el trabajo. Los posibles factores desencadenantes son: el exceso de trabajo, la rigidez laboral, las recompensas inadecuadas, los frecuentes actos de justicia, los conflictos de valores, la presión de tiempo y los conflictos de roles. Asimismo, un horario de trabajo irregular aumenta la carga mental, psicológica y cognitiva de las enfermeras, el trabajar en horarios alternados e irregulares que incluyen los fines de semana dificulta la adaptación e impide una adecuada recuperación luego de una jornada laboral intensa; estas situaciones incrementan el cansancio emocional y el cinismo, y disminuyen la sensación de eficiencia. Las relaciones interpersonales conflictivas son factores estresantes importantes que llevan al agotamiento. Tanto las malas relaciones entre compañeros de trabajo y los supervisores son determinantes de la fatiga. El bajo apoyo social en el trabajo genera hostilidades, provoca disgustos y reduce la autoestima profesional y es un factor que podría precipitar el síndrome de burnout.

Friganovic A, Selic P, encuentran que el 35% de las enfermeras presentan síndrome de burnout; asimismo el estrés suele jugar un papel muy importante en la generación del malestar psicológico, trastornos relacionados con el comportamiento y las

dificultades de adaptación social; tales tensiones a menudo conducen al burnout, en las enfermeras afectadas se observa la pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, que surge como resultado de las inadecuadas condiciones en su trabajo. El burnout en enfermeras es una reacción al estrés laboral, es un proceso en el que las actitudes y el comportamiento de los profesionales cambian de manera negativa en respuesta a la tensión laboral. El Burnout se manifiesta como un estado disfuncional, disfórico, relacionado con el trabajo, comienza con el estrés, causado por la discrepancia entre las expectativas e ideales individuales por un lado y la dureza de la realidad de la vida laboral diaria. Poco a poco, los afectados se sienten estresados psicológicamente y por tanto comienzan a cambiar su actitud hacia el trabajo y hacia las personas con las que trabaja. Las enfermeras que anteriormente tenían un estado de ánimo positivo pleno, que se caracterizaban por el vigor y la dedicación, ahora solo muestran disgusto y disconformidad por el trabajo. El Burnout se produce cuando determinados aspectos del trabajo, como la carga de trabajo, el control, el reconocimiento, entre otros; no coinciden con las ideas, valores y objetivos de las enfermeras (83).

Yuan C, Xu C, hallan que el 33% de las enfermeras sufren síndrome de burnout; las principales causas de agotamiento en las enfermeras son un desequilibrio entre los requisitos laborales y la preparación y aptitud para el lugar de trabajo, la falta de control, el reconocimiento insuficiente del desempeño y el estrés prolongado. Las enfermeras de los hospitales tienen puntuaciones más altas de agotamiento en comparación con las que trabajan en otros entornos, debido a la angustia moral, las demandas emocionales y espirituales que crean la percepción de una carga de trabajo excesiva y los factores estresantes asociados con las características físicas y

psicológicas relacionadas con el entorno. Los síntomas suelen comenzar debido a una adaptación irregular a las demandas de alto estrés. Debido al agotamiento, las enfermeras pueden desarrollar adicciones al alcohol o las drogas, ausentismo o disminución de la capacidad laboral, y tener una visión cínica y negativa de sí mismas, una menor sensación de satisfacción y un mayor riesgo de errores. Se han identificado los factores estresantes más típicos que conducen al agotamiento: conflicto intragrupo, variación en la carga de trabajo y satisfacción laboral. Los supervisores deben de valorar mejor a los miembros de su equipo. Las enfermeras que trabajan en entornos de cuidados críticos sin autonomía, y que enfrentan inestabilidad laboral y conflictos, tienen una mayor incidencia de agotamiento que las enfermeras que trabajan en entornos mejorados (84).

Velando A, Ortega E, Gómez J, constatan que más de la tercera de las enfermeras manifiestan sintomatología característica del síndrome de burnout; el síndrome de burnout surge en enfermeras centradas en la asistencia, en las que tienen una interacción constante con los pacientes y en las enfermeras que están continuamente sometidas a factores estresantes. El Burnout se caracteriza por numerosos síntomas, que se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: síntomas emocionales (depresión, desamparo, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, intolerancia, actitudes acusatorias hacia los clientes y supresión de sentimientos); síntomas cognitivos (pérdida de significado, pérdida de valores, expectativas frustradas, autoconcepto alterado, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo y una mirada crítica generalizada); síntomas conductuales (evasión de responsabilidades, ausentismo, comportamiento desadaptativo, postergación de decisiones y aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y

drogas); y síntomas sociales (aislamiento social, conflictos interpersonales, deterioro de las relaciones en el hogar, adhesión a grupos críticos y evitación del compromiso laboral). La enfermería se considera altamente susceptible al burnout, debido a las condiciones específicas en las que laboran las enfermeras, durante las cuales pueden estar expuestas a situaciones de dolor y muerte, estrés, falta de apoyo de los supervisores, expectativas incumplidas, insuficiencia física. condiciones, desconocimiento para tomar decisiones o afrontar situaciones difíciles, o sobrecarga ocupacional. Las principales causas del desarrollo del burnout son las bajas proporciones enfermeras-pacientes, el trabajo por turnos (85).

Assadi T, Sadeghi F, Noyani A, reportan que el 37 % de las enfermeras presentan síntomas del síndrome de burnout; estas enfermeras presentan: compromiso reducido para asistir a los pacientes, reacciones emocionales hostiles, atribución de culpa, decadencia del rendimiento cognitivo, baja motivación, escasa creatividad; aplanamiento de la vida emocional y social. Las enfermeras clínicamente distantes muestran menos dedicación al trabajo y se sienten exhaustas la mayor parte del tiempo, no muestran compromiso con las metas institucionales. El síndrome de burnout en enfermeras comienza con el agotamiento emocional debido a las altas exigencias en la interacción con el paciente. Esto conduce a la despersonalización, presumiblemente como autoprotección, lo que a su vez origina una relación deteriorada con el paciente, la enfermera sufre la sensación de hacer un trabajo deficiente: la insatisfacción con sí misma y con el trabajo que realiza aumenta, que perjudica aún más la capacidad para trabajar. Entre las causas se destaca: una carga de trabajo fuerte, alta presión de tiempo, poca autonomía, estructuras de responsabilidad y toma de decisiones poco claras, reducido apoyo social de sus compañeras, poca retroalimentación y reconocimiento

por parte de otras personas. También precipita el síndrome de burnout la baja posibilidad de utilizar las propias habilidades y no ejercer autoridad sobre el trabajo. Las enfermeras con síndrome de burnout, presentan: miedos mal definidos, tensión nerviosa, estado de ánimo triste o falta de entusiasmo, irritabilidad, hipersensibilidad, alteraciones del sueño, fatiga crónica, tensión muscular con dolor de columna, aumento o pérdida repentina de peso, dolor de cabeza, náuseas, mareos; disminución de la concentración, retraimiento en uno mismo, aislamiento social, comportamiento agresivo, a veces violento, disminución de la empatía, resentimiento y hostilidad hacia los demás (86).

6.3. CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En esta investigación se ha hallado un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería ($r = 0,464$); este hallazgo significa que, ante las mejoras de la calidad de vida laboral, se reduce el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería; esto podría deberse a que trabajar en circunstancias de reducida calidad de vida laboral provoca estrés, fatiga y depresión que condicionan la aparición del síndrome de burnout. Cuando el estrés se prologa, surge el burnout; que se manifiesta con: el agotamiento físico y psíquico, la apatía y la desesperanza; estas alteraciones generan modificaciones del estado de ánimo y frecuentes conductas hostiles; también se vulnera la capacidad intelectual, con embotamiento del juicio, disminución de la capacidad memorística y dificultades para mantener una atención sostenida; todo esto menoscaba el desempeño laboral del profesional de enfermería. Aquellas enfermeras

que se ven inclinadas por tener un desempeño destacable, pueden esforzarse a pesar de encontrarse en un escenario de trabajo con baja calidad de vida laboral; y después de luchar por un tiempo contra la adversidad, terminan estresadas, frustradas y angustiadas, si no reevalúan la situación y le asignan un nuevo significado a su experiencia laboral, termina asentándose el síndrome de burnout en ellas. Es común que la enfermera tenga que sobrellevar: sobrecarga laboral, condiciones laborales riesgosas, conflictos interpersonales, falta de autonomía, confusión de roles, falta de reconocimiento, bajos salarios y turno de trabajo cambiantes; estas circunstancias condicionan una mala calidad de vida laboral; que provoca congoja y estrés; como estas circunstancias son permanentes, la probabilidad del surgimiento del burnout en las enfermeras es elevado.

Leonardo M, Chocó A, encuentran que existe una asociación significativa entre la calidad de vida profesional y el síndrome de burnout; asimismo destaca que el trabajo para las enfermeras, es el medio para lograr la satisfacción personal y el crecimiento, es un escenario de autorrealización, la calidad de vida laboral para la enfermeras significa “las recompensas de la vida laboral” y “la calidad de vida relacionada con su trabajo”; la baja calidad de vida laboral conduce irremediabilmente al agotamiento, a una actitud negativa e imprudente sobre el trabajo y a la disminución de la efectividad en el trabajo. Para las enfermeras el trabajo satisface las necesidades de: autonomía, competencia y relación; la “autonomía” refleja la necesidad de determinar activamente el propio comportamiento y experimentar el dominio en el trabajo basado en dicho comportamiento autodeterminado sin la influencia de otros; la “competencia” refleja la necesidad de un uso eficiente de la energía y la eficacia en el trabajo, y de tener la experiencia de tener las tareas laborales bien controladas; la “relación” refleja la

necesidad de tener relaciones significativas con otras personas importantes, en condiciones de baja calidad de vida laboral estas necesidades están parcialmente satisfechas y provocan experiencias desagradables en todo momento, que exacerbaban el estrés laboral; la permanencia de estos conflictos genera síndrome de burnout en las enfermeras (9).

Permarupan P, AlMamun A, Kumar N, Ahmad R, Hayat N, hallan que la provisión de calidad de vida laboral reduce la posibilidad de aparición del síndrome de burnout. Las enfermeras tienen que manejar sus sentimientos de acuerdo con reglas y pautas que denotan la naturaleza de la profesión; para producir un estado emocional y mental adecuado en los demás, como la sensación de ser atendidos en un ambiente agradable y seguro. La calidad de vida laboral hace que la enfermera pueda expresar emociones positivas de forma natural; sin embargo, cuando su calidad de vida laboral es mala debe esforzarse mucho para expresar y transmitir las emociones que armonizan con un buen cuidado; esos permanentes esfuerzos provocan gran estrés que coadyuva al burnout. Las enfermeras deben expresar emociones que coincidan con la naturaleza de los cuidados, involucra un gasto de energía para reprimir y/o cambiar sustancialmente sus emociones. El trabajo de enfermería implica: hacer contacto verbal o facial positivo con los pacientes, producir un estado emocional favorable y acogedor, generar la confianza y confort del paciente; estas son habilidades invisibles entre las diferentes aptitudes de enfermería, porque implica una competencia tácita y no codificada, las enfermeras deben ofrecer comportamientos de cuidado auténticos como "un regalo" al paciente. Para equilibrar sus emociones es necesario que suprima las emociones negativas (p. Ej., Ira o frustración) y muestre comportamientos y emociones favorables (p. Ej., Bondad, buen humor, carisma); hacer esto en un medio

laboral conflictivo con baja calidad de vida laboral, es precipitante del síndrome de burnout (10).

Widayati D, comprueba que existe una asociación significativa entre las variables (coeficiente de correlación r de Pearson = -0.56); asimismo se evidencia que la calidad de vida laboral en las enfermeras se centra en resultados cualitativos como la estabilidad, el bienestar y la satisfacción; la gestión eficaz del personal de enfermería tiene un efecto positivo en el fortalecimiento de la competitividad, con el aumento de la productividad, la optimización del desempeño laboral y la calidad de los servicios; sin embargo, debido a la naturaleza del trabajo, las enfermeras están expuestas a enfermedades y estrés: físico, ambiental y psicológico. La baja calidad de vida laboral provoca fatiga por compasión entre las enfermeras que es una forma de estrés ocupacional que se ha relacionado con el síndrome de burnout. La enfermería es una ocupación estresante y el factor estresante más común es la gran carga de trabajo, lo que significa que las enfermeras no pueden desempeñar su función de la manera que les gustaría. Ante la baja calidad de vida laboral, surge una incongruencia entre el ideal de la enfermera y la realidad real de la práctica de la enfermería, lo que genera insatisfacción y frustración con el rol; estas dificultades acarrearán el síndrome de burnout. La naturaleza emocional de la enfermería en un escenario de baja calidad de vida laboral puede causar una gran cantidad de estrés y fatiga por compasión que es emocionalmente devastadora, resultan de conocer eventos traumáticos experimentados por otras personas significativas, la fatiga por compasión se expresa con: tristeza, evasión, desapego y cambios en las creencias y suposiciones; surge como la conciencia comprensiva de la angustia de los demás junto con el deseo de aliviarla,

este fenómeno psíquico exacerbado por la baja calidad de vida laboral induce la acentuación del síndrome de burnout (11).

Nursalam N, Dwi R, Riyadi S, Hadi M, Bushy A, evidencia que la baja calidad de vida laboral es un factor predictor del síndrome de burnout. Asimismo, la baja calidad de vida laboral exagera los conflictos; ocurren los conflictos entre enfermeras, por objetivos, acciones, creencias, opiniones y competencias diferentes, por recursos limitados y malentendidos; un medio laboral que no es confortable incita la generación de conflictos de todo tipo, cuando la situación conflictiva se torna en una característica del medio laboral emerge el síndrome de burnout. Es cotidiano que las enfermeras sin calidad de vida laboral, tengan una actitud hostil involucrando emociones negativas, siempre emergen desacuerdos o incompatibilidades entre opiniones y principios, otras veces aparece el conflicto como una percepción de diferentes intereses. Las enfermeras perciben metas incompatibles e interferencia de otros en el logro de esas metas, cuando conduce a la violencia, socava la relación de comunicación entre las partes involucradas en el conflicto, estimula a las enfermeras a no cooperar o impide que las partes aborden cuestiones o problemas reales; los conflictos quiebran a las energías positivas en el trabajo y precarizan el trabajo. La baja calidad de vida laboral crea las condiciones propicias para el conflicto y el medio laboral hostil que genera el conflicto, provoca síndrome de burnout en las enfermeras. Asimismo, la baja calidad de vida laboral, no satisface las necesidades personales de poder y crecimiento que les hacen percibir la existencia de una tiranía en su lugar de trabajo que desalienta a la creatividad y la innovación entre las enfermeras (12).

Ruiz M, Pérez E, Ortega M, encuentra que existe asociación significativa inversa entre la calidad de vida y el síndrome de burnout; además se evidenció que la calidad de vida en las enfermeras esta disminuida debido a que: el sistema de salud brinda pocas oportunidades de desarrollo profesional, hay problemas de comunicación entre los miembros del equipo de salud, las instituciones no apoyan la capacitación de las enfermeras, las políticas y procedimientos institucionales dificultan el trabajo de enfermería, los ambientes son inseguros, y los gerentes desvalorizan el trabajo de enfermería; las permanencia de estas circunstancias han suscitado el síndrome de burnout. La adecuada calidad de vida laboral reduce el estrés relacionado con el trabajo y mejora la relación con los compañeros de trabajo, aporta la sensación de seguridad y produce una comunicación más fluida; la calidad de vida laboral permite la satisfacción de las necesidades de competencia, autonomía y afinidad en el lugar de trabajo de la enfermera y suscita actitudes laborales más positivas y mayor autoestima, de esta forma disipa toda posibilidad de aparición del síndrome de burnout. También se evidencia que, en los escenarios de trabajo con calidad de vida laboral, existe gran apoyo a la autonomía de la enfermera por parte de los supervisores, los que comprenden y reconocen las perspectivas de las enfermeras; la calidad de vida laboral también es producto de la compensación adecuada y justa, condiciones de trabajo seguras y saludables, y la integración social en la organización (13).

Conislla J, evidencia que existe un coeficiente de correlación débil entre el síndrome de burnout y calidad de vida profesional; asimismo encuentra que el deterioro de la calidad de vida en las enfermeras se debe a los problemas de comunicación entre los gerentes, supervisoras y las enfermeras. Cuando los profesionales de enfermería no se sienten identificadas con las tareas que realizan, no encuentran significado a sus

labores diarias, su autonomía esta reducida y perciben que sus ingresos recibidos por su trabajo no cubren de forma adecuada a sus necesidades viven situaciones estresantes, al prolongarse esta situación, aparece el síndrome de burnout. Las enfermeras perciben baja calidad de vida en su trabajo; porque: tienen poco poder individual, no tienen participación activa en la gestión, la asignación de tareas y reconocimientos entre profesionales de salud no es justa ni equitativa, el apoyo social a la enfermería es escaso, cree que no le dan la oportunidad de usar todas sus habilidades, no percibe que se acreciente su autodesarrollo, no avizora un futuro gratificante y significativo en el trabajo, tampoco se destaca la relevancia social de su trabajo y no obtiene recompensas por el trabajo extra que de forma cotidiana realiza. Estos acontecimientos acarrear en la enfermera el síndrome de burnout (18).

CONCLUSIONES

1. Cuando mejora la calidad de vida laboral en referencia al **apoyo directivo**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,452)
2. Cuando mejora la calidad de vida laboral en referencia a la **carga de trabajo**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,471)
3. Cuando mejora la calidad de vida laboral en referencia a la **motivación intrínseca**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,469)
4. De forma general, cuando mejora la **calidad de vida laboral**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,464)

RECOMENDACIONES

1. Es necesario desarrollar programas que instauren mecanismos de apoyo directivo a las enfermeras, los que; viabilicen efectivos canales de comunicación, acentúen los reconocimientos, mejoren la promoción laboral y extiendan la autonomía.
2. Es conveniente desarrollar programas que instituyan procesos que moderen las cargas de trabajo, los que; refrenen las prisas y anulen los agobios, proyecten los tiempos óptimos, supriman las interferencias, controlen los conflictos y eviten todo tipo de incomodidades.
3. Es indispensable desarrollar programas que implanten mecanismos de motivación intrínseca de forma permanente, que induzcan a que las enfermeras tengan el mejor desempeño y desplieguen todas sus potencialidades.
3. Es provechoso desarrollar programas que establezcan procesos de mejora de la calidad de vida laboral en las enfermeras, incrementando el bienestar en el trabajo al alcanzar el equilibrio entre las demandas, las capacidades y los recursos disponibles de las enfermeras en el trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal G, Oliver A, Galiana L, Sansó N. Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(3): p. 186-194.
2. Baldonado M, Almeida M, Baptista P, Sánchez M, Rodríguez F, Mosteiro M. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2019; 27(2): p. 87 - 92.
3. Grava M, Barroso V, Lopes C. The relationship between burnout and quality of life. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2019; 19(1): p. 51 - 64.
4. Casida J, Combs P, Schroeder S, Johnson C. Burnout y calidad de vida laboral entre enfermeras practicantes en programas de dispositivos de asistencia ventricular en los Estados Unidos. *Progress in Transplantation*. 2018; 20(10): p. 1 - 6.
5. Ribeiro S, Tavares L, Oliveira E, Vidal J, Carlotto M, Silva E. Burnout Syndrome and Quality of Life in Nursing Professors of a Public University. *International archIves of MedIcIne section: Global health & health Policy*. 2016; 9(9): p. 1 - 11.
6. Rajesh G, Reyes M. Burnout como predictor de calidad de vida entre enfermeras Filipinas seleccionadas. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2017; 8(7): p. 691 - 696.
7. Suasnabar M. Síndrome de Burnout y calidad de vida profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. [Tesis]. Escuela de Post Grado: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
8. Gil-Monte P, Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. 1st ed. Madrid: Síntesis S A; 2003.
9. Leonardo M, Chocó A. Calidad de vida profesional y síndrome de burnout en personal de enfermería del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt. *Revista Científica*. 2018; 28(1): p. 10 - 18.
10. Permarupan P, AlMamun A, Kumar N, Ahmad R, Hayat N. Predicting Nurses Burnout through Quality of Work Life and Psychological Empowerment: A Study Towards Sustainable Healthcare Services in Malaysia. *Sustainability*. 2020; 12(3): p. 1 - 18.
11. Widayati D. Quality Nursing Work Life dan Burnout Syndrome. *Jurnal ners dan kebidanan*. 2020; 7(1): p. 123 – 129.
12. Nursalam N, Dwi R, Riyadi S, Hadi M, Bushy A. Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018; 30(2): p. 1 - 6.

13. Ruiz M, Pérez E, Ortega M. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(2): p. 1 - 12.
14. Hemanathan R, Prakasam P, Golda M. Quality of Work Life among Nurses in a Tertiary Care Hospital. *JOJ Nurse Health Care*. 2017; 5(4): p. 1 - 8.
15. Wara N, Rampengan S, Korompis M, Rattu A. Correlation between Quality of Work Life (QWL) with Nurse productivity in inpatient room Bhayangkara Tk III Hospital Manado. *Bali Medical Journal*. 2018; 7(2): p. 385 - 392.
16. Albaqawi H. Quality nursing work life among nurses in Hail Region, Kingdom of Saudi Arabia: Redefining the boundaries of work and life. *Advances in Social Sciences Research Journal*. 2018; 5(3): p. 433 - 439.
17. Sansó N, Galiana L, Oliver A. Predicting Professional Quality of Life and Life Satisfaction in Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(1): p. 1 - 13.
18. Conislla J. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Laboral en el personal asistencial del Centro Materno Infantil Rímac. [Tesis]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post Grado; 2018.
19. Dargahi H, Mitra G, Maryam G. Quality of work life in nursing employees of tehran university of medical sciences hospitals. *Journal of hayat*. 2007; 13(2): p. 13-21.
20. Chiu M, Wang M, Lu C, Pan S, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing Outlook*. 2007; 55(6): p. 318-326.
21. Eslamian J, Akbarpoor A, Hoseini S. Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015; 20(1): p. 56-62.
22. Schmidt D, Dantas R. Quality of work life and work-related musculoskeletal disorders among nursing professionals. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2012; 25(5): p. 701-707.
23. Vagharseyyedin S, Vanaki Z, Mohammadi E. Quality of work life: Experiences of Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences*. 2011; 13(1): p. 65-75.
24. Seyyed A, Zohreh V, Eesa M. Quality of work life: Experiences of Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences*. 2011; 13(1): p. 87 - 95.
25. Abbasi M, Zakerian A, Akbarzade A, Dinarvand N, Ghaljahi M, Poursadeghiyan M, et al. Investigation of the Relationship between Work Ability and Work-related Quality of Life in Nurses. *Iranian Journal of Public Health*. 2017; 46(10): p. 1404-1412.

26. Almalki M, FitzGerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*. 2012; 12(1): p. 314-314.
27. Brunault P, Fouquereau E, Colombat P, Gillet N, ElHage W, Camus V, et al. Do Transactive Memory and Participative Teamwork Improve Nurses' Quality of Work Life? *Western Journal of Nursing Research*. 2014; 36(3): p. 329-345.
28. Lee Y, Dai Y, Park C, McCreary L. Predicting Quality of Work Life on Nurses' Intention to Leave. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013; 45(2): p. 160-168.
29. Lewis D, Brazil K, Krueger P, Lohfeld L, Tjam E. Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life. *Leadership in Health Services*. 2001; 14(3): p. 9-15.
30. Nayeri N, Salehi T, Noghabi A. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemporary Nurse*. 2011; 39(1): p. 106-118.
31. Almalki M, FitzGerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*. 2012; 10(1): p. 30-40.
32. Brooks B, Storjfell J, Omoike O, Ohlson S, Stemler I, Shaver J, et al. Assessing the quality of nursing work life. *Nursing administration quarterly*. 2007; 31(2): p. 152-157.
33. Gifford B, Zammuto R, Goodman E. The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*. 2002; 47(1): p. 13-25.
34. Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50(10): p. 1359-1367.
35. Horrigan J, Lightfoot N, Larivière M, Jacklin K. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life. *AAOHN Journal*. 2013; 61(4): p. 173-181.
36. Brooks B, Anderson M. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*. 2005; 23(6): p. 319 - 325.
37. Dehaghi Z, Sheikhtaheri A. Quality of Work Life and Job Satisfaction of Nursing Managers. *Iranian Journal of Public Health*. 2014; 43(4): p. 537-538.
38. Khani A, Jaafarpour M. Quality of Nursing Work Life. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 2(6): p. 1169-1174.
39. Schmidt D, Dantas R, Marziale M. Quality of life at work: Brazilian nursing literature review. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2008; 21(2): p. 330-337.
40. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Nair M, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2008; 10(3): p. 175-184.

41. Vagharseyyedin S, Vanaki Z, Mohammadi E. The Nature Nursing Quality of Work Life: An Integrative Review of Literature. *Western Journal of Nursing Research*. 2011; 33(6): p. 786-804.
42. Čubrilo M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome: assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Antropologicum*. 2006; 30(1): p. 131-135.
43. Fuente G, Vargas C, Luis C, García I, Cañadas G, Fuente E. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(1): p. 240-249.
44. Książek L, Stefaniak T, Stadnyk M, Książek J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(4): p. 347-350.
45. Monsalve C, Luis C, Gómez J, Albendín L, Aguayo R, Fuente G. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1): p. 59-59.
46. Dalmolin G, Lunardi V, Lunardi G, Barlem E, Silveira R. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2014; 22(1): p. 35-42.
47. Gómez J, Fuente E, Albendín L, Vargas C, Ortega E, Fuente G. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*. 2017; 37(5): p. 112 - 125.
48. Schorr C. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Yearbook of Critical Care Medicine*. 2008; 32(3): p. 317-318.
49. Moreira D, Magnago R, Sakae T, Magajewski F. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cadernos De Saude Publica*. 2009; 25(7): p. 1559-1568.
50. Meneghini F, Paz A, Lautert L. Occupational factors related to Burnout syndrome components among nursing personnel. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011; 20(2): p. 225-233.
51. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research*. 2014; 3(1): p. 44-50.
52. Fuente G, Gómez J, Ortega E, Cañadas G, Albendín L, Fuente E. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psycho-oncology*. 2018; 27(5): p. 1426-1433.
53. Moss M, Good V, Gozal D, Kleinpell R, Sessler C. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016; 150(1): p. 17-26.

54. Poncet M, Toullic P, Papazian L, Kentish N, Timsit J, Pochard F, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2007; 175(7): p. 698-704.
55. AlTurki H, AlTurki R, AlDardas H, AlGazal M, AlMaghrabi G, AlEnizi N, et al. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Annals of African Medicine*. 2010; 9(4): p. 226-229.
56. Paiva L, Canário A, China E, Gonçalves A. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*. 2017; 72(5): p. 305-309.
57. Papovic S. Professional Burnout Syndrome. *Materia Socio Medica*. 2009; 21(4): p. 213-215.
58. Silva J, Soares R, Costa F, Ramos D, Lima F, Teixeira L. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*. 2015; 27(2): p. 125-133.
59. Iglesias M, Vallejo R, Fuentes P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(1): p. 30-37.
60. Oliveira R, Caregnato R, Câmara S. Burnout syndrome in senior undergraduate nursing. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2012; 25(4): p. 54-60.
61. Ribeiro V, Filho C, Valenti V, Ferreira M, Abreu L, Carvalho T, et al. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*. 2014; 7(1): p. 22-28.
62. Popper K. *La lógica de la investigación científica*. 1st ed. Madrid : Tecnos ; 1980.
63. Neuman L. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7th ed. Washington D C: Pearson; 2014.
64. Laake P. *Research methodology in the medical and biological sciences*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2004.
65. Valderrama S. *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. 2nd ed. Lima: San Marcos; 2013.
66. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
67. Bunge M. *Ciencia y desarrollo*. 1st ed. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1980.
68. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
69. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.

70. Sanchez H, Reyes C. Metodología y diseños en la investigación científica. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
71. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Revista Formación Médica Continuada*. 1998; 5(1): p. 491 - 492.
72. Maslach C, Jackson S, Leiter M,. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
73. 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.
74. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2016; 6(3): p. 105-114.
75. 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.
76. Friendly M, Denis D,. The early origins and development of the scatterplot. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2005; 41(2).
77. Mohammed S. Inferential Statistics – The Basics For Biostatistics Volume II. 1st ed.: Bookboon; 2018.
78. Dawson B TR. Bioestadística médica. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
79. Jabari M, Salah M. The Quality of Work-life among Intensive Care Unit Nurses at Governmental Hospitals in Gaza Strip. *Journal of Nursing and Health Studies*. 2020; 5(2): p. 1 - 7.
80. Wara N, Rampengan S, Korompis M. Correlation between Quality of Work Life (QWL) with Nurse productivity in inpatient room Bhayangkara Tk III Hospital Manado. *Bali Medical Journal*. 2018; 7(2): p. 385-392.
81. Sadat Z, Aboutalebi M, Masoudi N. Quality of Work Life and Its Related Factors: A Survey of Nurses. *Trauma Mon*. 2017; 22(3): p. 1 - 5.
82. Thakre S, Thakre N. Quality of work life of nurses working at tertiary health care institution: a cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2017; 4(5): p. 1627-1636.
83. Friganovic A, Selic P. Where to Look for a Remedy? Burnout Syndrome and its Associations with Coping and Job Satisfaction in Critical Care Nurses—A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(1): p. 1 - 12.
84. Yuan C, Xu C. Concept analysis of nurse burnout. *Frontiers of Nursing*. 2020; 7(3): p. 227 - 234.

85. Velando A, Ortega E, Gómez J. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Jpn J Nurs Sci.* 2019; 11(1): p. 1 - 10.
86. Assadi T, Sadeghi F, Noyani A. Occupational Burnout and Its Related Factors Among Iranian Nurses: A Cross-Sectional Study in Shahroud, Northeast of Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.* 2019; 7(17): p. 2902 - 2907.

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 MICRO RED 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: CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO

AUTORAS: Ana Maria Rafael Rafael
Lizbeth Payano Ruty

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout 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 calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p> <p>2. Establecer la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p> <p>3. Establecer la relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud Chilca en el 2021</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>La relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia al apoyo directivo; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021</p> <p>2. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia a la carga de trabajo; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021</p> <p>3. La relación entre la calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca y el síndrome de burnout es que: a mejor calidad de vida laboral en referencia a la motivación intrínseca; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Chilca en el 2021</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación desarrollada responde a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Básica, es una investigación sobre los principios básicos y las razones de la ocurrencia de un evento o proceso o fenómeno en particular.</p> <p>Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos.</p> <p>Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.</p> <p>Observacional, las investigadoras registraron los datos tal como se presentaron en la realidad.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación desarrollada fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Angustia moral en enfermeras</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Síndrome de burnout en enfermeras</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Tiempo de experiencia laboral en la institución - Estado civil - Hijos menores - Capacitaciones / estudios de especialización / post grado - Actividades laborales adicionales 	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población de referencia fueron 102 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de salud de Chilca y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideraron a 80 enfermeras que laboraban en la Microred de Salud de Chilca en el 2021.</p> <p>PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de calidad de vida laboral en enfermería”</p> <p>PARA VALORAR LA SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</p> <p>Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Maslach Burnout Inventory”.</p>

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA	Es la sensación de bienestar derivada del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la percepción de tener la suficiente capacidad para superarla.	Apoyo directivo	Es el soporte emocional que brindan los directivos a las enfermeras, dando la opción la posibilidad de expresar lo que se siente y necesita, reconocimiento, promoción laboral y autonomía.	Agrado con el trabajo	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
				Contento con el sueldo		
				Viabilidad de promoción		
				Gratitud al esfuerzo		
				Apoyo de jefes		
				Apoyo de compañeros		
				Oportunidad para la creatividad		
				Información de resultados		
				Posibilidad de expresión		
				Mejora de la calidad de vida		
				Autonomía en el puesto		
		Variedad en el trabajo				
		Argumentos escuchados				
		Cargas de trabajo	Es la cantidad de trabajo, las prisas y agobios, la consistencia de la calidad; y las interferencias debido a: conflictos interpersonales, vida privada,	Volumen de trabajo		
				Presión de consecución		
				Presión de calidad		
				Agobio por límite de tiempo		
				Conflictos interpersonales		
				Abandono de vida personal		
Incomodidad física						
Responsabilidades ominosas						

			incomodidad física, responsabilidades arbitrarias y las interrupciones.	Interrupciones incómodas		
				Esfuerzo emocional		
				Calidad de vida en el puesto		
				Consecuencias negativas a la salud		
		Motivación intrínseca	Es la necesidad que surge en la enfermera y que la impulsa a la acción, para el logro de objetivos considerados vitales, procura la mayor capacitación y despliega a la creatividad.	Voluntad de esfuerzo		
				Apoyo familiar		
				Ímpetus de creatividad		
				Digresión con el trabajo		
				Capacitación necesaria		
				Capacitación suficiente		
				Importancia del trabajo		
				Claridad de la función		
				Orgullo con el trabajo		
				Apoyo de los compañeros		

VARIABLE 2: SÍNDROME BURNOUT EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA	Es la sensación de desagrado al trabajar con personas, acompañado de intenso agotamiento físico y mental con la presencia de sentimientos negativos hacia el rol profesional y a las personas con las que se trabaja	Agotamiento emocional	Sensación de no tener energía ni paciencia para realizar una actividad que involucra la presencia de otras personas	Agotamiento emocional por el trabajo	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
				Agotamiento emocional al final del trabajo		
				Cansancio por las mañanas		
				Tensión al trabajar con personas		
				Desgaste por el trabajo		
				Frustración por el trabajo		
				Sensación de hacer mal un trabajo		
				Crear ser demasiado duro		
		Sentir que las personas le producen estrés				
		Despersonalización	Sensación que existe un desfase entre lo que uno es y lo que uno está siendo, creencia de que ya no se está actuando como una persona normal	Percibe que trata como objetos a los pacientes		
				Percibe que tiene un mal comportamiento		
				insensible con la gente		
				Creencia de que el trabajo lo ha endurecido		
		Baja realización personal	Es la sensación de ser un fraude	Creencia que no le preocupa los pacientes		
				Impresión de no relacionarse con las personas		

			como profesional y como persona; que no se están alcanzando los propósitos de vida planteados	Impresión de no poder tratar los problemas de los pacientes		
				Impresión de no estar influyendo positivamente en los pacientes		
				Impresión de no tener energía para el trabajo		
				Impresión de no poder crear un clima agradable con las personas		
				Impresión de no tener ánimos después de trabajar		
				Impresión de no haber conseguido cosas útiles con la profesión		
				Impresión de no saber manejar los problemas emocionales		

ANEXO 03: OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA	Apoyo directivo	Agrado con el trabajo	1. Satisfacción con el tipo de trabajo	MUY MALA (0) MALA (1) REGULAR (2) BUENO (3) MUY BUENO (4)
		Contento con el sueldo	2. Satisfacción con el sueldo	
		Viabilidad de promoción	3. Posibilidad de promoción	
		Gratitud al esfuerzo	4. Reconocimiento de mi esfuerzo	
		Apoyo de jefes	5. Apoyo de mis jefes	
		Apoyo de compañeros	6. Apoyo de mis compañeros	
		Oportunidad para la creatividad	7. Posibilidad de ser creativo	
		Información de resultados	8. Recibo información de los resultados de mi trabajo	
		Posibilidad de expresión	9. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	
		Mejora de la calidad de vida	10. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	
		Autonomía en el puesto	11. Tengo autonomía o libertad de decisión	
		Variedad en el trabajo	12. Variedad en mi trabajo	
		Argumentos escuchados	13. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	
	Cargas de trabajo	Volumen de trabajo	14. Cantidad de trabajo que tengo	
		Presión de consecución	15. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	
		Presión de calidad	16. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	
		Agobio por límite de tiempo	17. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	
		Conflictos interpersonales	18. Conflictos con otras personas de mi trabajo	
		Abandono de vida personal	19. Falta de tiempo para mi vida personal	
		Incomodidad física	20. Incomodidad física en el trabajo	
		Responsabilidades ominosas	21. Carga de responsabilidad	
		Interrupciones incómodas	22. Interrupciones molestas	
		Esfuerzo emocional	23. Estrés (esfuerzo emocional)	

		Calidad de vida en el puesto	24. Calidad de vida de mi trabajo	
		Consecuencias negativas a la salud	25. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	
	Motivación intrínseca	Voluntad de esfuerzo	26. Motivación (ganas de esforzarme)	
		Apoyo familiar	27. Apoyo de mi familia	
		Ímpetus de creatividad	28. Ganas de ser creativo	
		Digresión con el trabajo	29. Desconecto al acabar la jornada laboral	
		Capacitación necesaria	30. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	
		Capacitación suficiente	31. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	
		Importancia del trabajo	32. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	
		Claridad de la función	33. Lo que tengo que hacer queda claro	
		Orgullo con el trabajo	34. Me siento orgulloso de mi trabajo	
		Apoyo de los compañeros	35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	

MASLACH BURNOUT INVENTORY

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA	Agotamiento emocional	Agotamiento emocional por el trabajo	1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	NUNCA (0) A VECES (1) De forma regular (2) FRECUENTEMENTE (3) DE FORMA PERMANENTE (4)
		Agotamiento emocional al final del trabajo	2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	
		Cansancio por las mañanas	3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
		Tensión al trabajar con personas	4.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
		Desgaste por el trabajo	5.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	
		Frustración por el trabajo	6.- Me siento frustrado en mi trabajo.	
		Sensación de hacer mal un trabajo	7.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
		Creer ser demasiado duro	8.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
	Despersonalización	Sentir que las personas le producen estrés	9.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
		Percibe que trata como objetos a los pacientes	10.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
		Percibe que tiene un mal comportamiento	11.- Siento que me he hecho más duro con la gente.	
		insensible con la gente	12.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
		Creencia de que el trabajo lo ha endurecido	13.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	
		Creencia que no le preocupa los pacientes	14.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

	Baja realización personal	Impresión de no relacionarse con las personas	15.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
		Impresión de no poder tratar los problemas de los pacientes	16.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
		Impresión de no estar influyendo positivamente en los pacientes	17.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
		Impresión de no tener energía para el trabajo	18.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.
		Impresión de no poder crear un clima agradable con las personas	19.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
		Impresión de no tener ánimos después de trabajar	20.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
		Impresión de no haber conseguido cosas útiles con la profesión	21.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
		Impresión de no saber manejar los problemas emocionales	22.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad (años):.....
2. Tiempo de experiencia laboral en la institución:
.....
3. Estado civil
 - (0) Casado(a)
 - (1) Soltero (a)
 - (2) Viudo(a)
 - (3) Divorciado (a)
 - (4) Conviviente
4. Número de hijos menores
5. Capacitaciones / estudios de especialización / post grado
.....
6. Actividades laborales adicionales:.....

CÓDIGO _____

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA

(Elaborado por Cabezas C, 1998) (71)

A continuación, se presenta una serie de enunciados en los cuales usted deberá responder de acuerdo a su propia percepción, marcando con un aspa (X) de acuerdo a la escala que se presenta a continuación, la opción que representa su grado de acuerdo o desacuerdo.

Esta encuesta es de carácter anónimo.

¿En su puesto laboral percibe que; la/el/los: _____ es?:

0	1	2	3	4
MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENO	MUY BUENO

APOYO DIRECTIVO					
1. Satisfacción con el tipo de trabajo	0	1	2	3	4
2. Satisfacción con el sueldo	0	1	2	3	4
3. Posibilidad de promoción	0	1	2	3	4
4. Reconocimiento de mi esfuerzo	0	1	2	3	4
5. Apoyo de mis jefes	0	1	2	3	4
6. Apoyo de mis compañeros	0	1	2	3	4
7. Posibilidad de ser creativo	0	1	2	3	4
8. Recibo información de los resultados de mi trabajo	0	1	2	3	4
9. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	0	1	2	3	4
10. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	0	1	2	3	4
11. Tengo autonomía o libertad de decisión	0	1	2	3	4
12. Variedad en mi trabajo	0	1	2	3	4
13. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	0	1	2	3	4
CARGAS DE TRABAJO					
14. Cantidad de trabajo que tengo	0	1	2	3	4
15. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	0	1	2	3	4
16. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	0	1	2	3	4
17. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	0	1	2	3	4
18. Conflictos con otras personas de mi trabajo	0	1	2	3	4
19. Falta de tiempo para mi vida personal	0	1	2	3	4
20. Incomodidad física en el trabajo	0	1	2	3	4
21. Carga de responsabilidad	0	1	2	3	4
22. Interrupciones molestas	0	1	2	3	4

23. Estrés (esfuerzo emocional)	0	1	2	3	4
24. Calidad de vida de mi trabajo	0	1	2	3	4
25. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	0	1	2	3	4
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA					
26. Motivación (ganas de esforzarme)	0	1	2	3	4
27. Apoyo de mi familia	0	1	2	3	4
28. Ganas de ser creativo	0	1	2	3	4
29. Desconecto al acabar la jornada laboral	0	1	2	3	4
30. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	0	1	2	3	4
31. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	0	1	2	3	4
32. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	0	1	2	3	4
33. Lo que tengo que hacer queda claro	0	1	2	3	4
34. Me siento orgulloso de mi trabajo	0	1	2	3	4
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	0	1	2	3	4

....GRACIAS

BAREMOS

De 0 a 28	Muy mala calidad de vida laboral
De 28.1 a 56	Mala calidad de vida laboral
De 56.1 a 84	Regular calidad de vida laboral
De 84.1 a 112	Buena calidad de vida laboral
De 112.1 a 140	Muy buena calidad de vida laboral

CÓDIGO _____

MASLACH BURNOUT INVENTORY

(Elaborado por Maslach C, Jackson S, Leiter M, en el 1996) (72)

INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de enunciados en los cuales usted deberá responder de acuerdo a sus propias experiencias, marcando con un aspa (X) la columna que representa la frecuencia con que a usted le sucede lo que se expresa en el enunciado.

Esta encuesta es de carácter anónimo.

0	1	2	3	4
Nunca	a veces	De forma regular	Frecuentemente	De forma permanente

AGOTAMIENTO EMOCIONAL					
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0	1	2	3	4
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0	1	2	3	4
4.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0	1	2	3	4
5.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4
6.- Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4
7.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
8.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0	1	2	3	4
9.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4

DESPERSONALIZACIÓN					
10.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4
11.- Siento que me he hecho más duro con la gente.	0	1	2	3	4
12.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4
13.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	1	2	3	4
14.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0	1	2	3	4

REALIZACIÓN PERSONAL					
15.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	4	3	2	1	0
16.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	4	3	2	1	0
17.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	4	3	2	1	0
18.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.	4	3	2	1	0
19.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	4	3	2	1	0
20.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	4	3	2	1	0
21.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	4	3	2	1	0
22.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	4	3	2	1	0

.....GRACIAS

BAREMOS

105.7 - 132	Síndrome de burnout grave
79.3 - 105.6	Síndrome de burnout manifiesto
52.9 - 79.2	Síndrome de burnout moderado
26.5 - 52.8	Síndrome de burnout leve
0 - 26.4	Síndrome de burnout nulo

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA “CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL EN ENFERMERÍA”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.772
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7481.372
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Satisfacción con el tipo de trabajo	0.631		
2. Satisfacción con el sueldo	0.517		
3. Posibilidad de promoción	0.542		
4. Reconocimiento de mi esfuerzo	0.535		
5. Apoyo de mis jefes	0.637		
6. Apoyo de mis compañeros	0.572		
7. Posibilidad de ser creativo	0.586		
8. Recibo información de los resultados de mi trabajo	0.658		
9. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	0.614		
10. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	0.535		
11. Tengo autonomía o libertad de decisión	0.523		
12. Variedad en mi trabajo	0.517		
13. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	0.637		
14. Cantidad de trabajo que tengo		0.637	
15. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo		0.563	
16. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo		0.545	
17. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo		0.515	
18. Conflictos con otras personas de mi trabajo		0.555	
19. Falta de tiempo para mi vida personal		0.589	
20. Incomodidad física en el trabajo		0.553	
21. Carga de responsabilidad		0.601	
22. Interrupciones molestas		0.536	
23. Estrés (esfuerzo emocional)		0.669	
24. Calidad de vida de mi trabajo		0.547	
25. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud		0.577	
26. Motivación (ganas de esforzarme)			0.576
27. Apoyo de mi familia			0.674
28. Ganas de ser creativo			0.528
29. Desconecto al acabar la jornada laboral			0.634
30. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo			0.674
31. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual			0.639
32. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas			0.650
33. Lo que tengo que hacer queda claro			0.568
34. Me siento orgulloso de mi trabajo			0.637
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)			0.520
<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 “CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
LABORAL EN ENFERMERÍA”**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	35

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Satisfacción con el tipo de trabajo	0.743
2. Satisfacción con el sueldo	0.801
3. Posibilidad de promoción	0.748
4. Reconocimiento de mi esfuerzo	0.753
5. Apoyo de mis jefes	0.723
6. Apoyo de mis compañeros	0.779
7. Posibilidad de ser creativo	0.711
8. Recibo información de los resultados de mi trabajo	0.769
9. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	0.789
10. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	0.732
11. Tengo autonomía o libertad de decisión	0.782
12. Variedad en mi trabajo	0.751
13. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	0.775
14. Cantidad de trabajo que tengo	0.768
15. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	0.728
16. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	0.728
17. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	0.748
18. Conflictos con otras personas de mi trabajo	0.726
19. Falta de tiempo para mi vida personal	0.711
20. Incomodidad física en el trabajo	0.767
21. Carga de responsabilidad	0.727
22. Interrupciones molestas	0.721
23. Estrés (esfuerzo emocional)	0.750
24. Calidad de vida de mi trabajo	0.760
25. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	0.777
26. Motivación (ganas de esforzarme)	0.779
27. Apoyo de mi familia	0.779
28. Ganas de ser creativo	0.772
29. Desconecto al acabar la jornada laboral	0.712
30. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	0.797
31. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	0.761
32. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	0.767
33. Lo que tengo que hacer queda claro	0.792
34. Me siento orgulloso de mi trabajo	0.800
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	0.765

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

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “MASLACH BURNOUT INVENTORY”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.845
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	89610.913
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0.534		
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0.574		
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0.530		
4.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0.675		
5.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	0.678		
6.- Me siento frustrado en mi trabajo.	0.647		
7.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0.604		
8.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0.565		
9.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0.661		
10.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.		0.674	
11.- Siento que me he hecho más duro con la gente.		0.515	
12.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.		0.594	
13.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.		0.560	
14.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.		0.523	
15.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.			0.552
16.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.			0.545
17.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.			0.630
18.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.			0.555
19.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.			0.673
20.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.			0.531
21.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.			0.610
22.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.			0.655
<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 “MASLACH BURNOUT INVENTORY”

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	22

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0.760
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0.753
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0.761
4.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0.763
5.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	0.729
6.- Me siento frustrado en mi trabajo.	0.771
7.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0.718
8.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0.713
9.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0.725
10.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0.741
11.- Siento que me he hecho más duro con la gente.	0.792
12.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0.742
13.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0.721
14.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0.749
15.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	0.721
16.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0.800
17.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	0.739
18.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0.801
19.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	0.725
20.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	0.801
21.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0.793
22.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0.744

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

ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA MICRO RED DE SALUD
“CHILCA”



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



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

Huancayo, 14 de enero de 2021

OFICIO N° 0015-2021-FCS-ENF-UPLA

Señora:

Mg. Silvia Pariona Salazar

RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA

Presente.-



ASUNTO : SOLICITO APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD"

DOC. REF. : RESOLUCIÓN N° 2445-DFCC.SS.-UPLA-2020

Con especial agrado me dirijo a usted para saludarla cordialmente a nombre de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes; al mismo tiempo, tengo a bien comunicar¹ que se ha aprobado la inscripción del Proyecto de Investigación titulado: "Calidad de Vida Laboral y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de una Micro Red de Salud", presentado por las señoritas: Rafael Rafael Ana María y Payano Ruty Lizbeth Rosario, bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, aprobado mediante la Resolución N° 2445-DFCC.SS.-UPLA-2020 de fecha 16.12.2020.

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

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

Atentamente,

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



M^g. TANIA LUZ VILCHEZ CUEVAS
DIRECTORA

¹ Artículo 205°, inc. k) de la actualización del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Universidad Peruana Los Andes, aprobado mediante Resolución N° 0154-2020-CU-R de fecha 24.01.2020.

TLVC/Mariela
C.c.: Archivo.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD

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

Chilca, 16 de Febrero del 2021

Srita.
LIZBETH ROSARIO PAYANO RUTTY
ANA MARIA RAFAEL RAFAEL

ASUNTO: **CARTA DE ACEPTACION**

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted, para expresarle mi saludo a nombre de la Micro Red de Chilca que me honro dirigir, y a la vez dar a conocer, que visto su solicitud de Autorización para **realizar Proyecto de Investigación titulado "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SINDROME DE BOURNOT EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UNA MICRO RED DE SALUD"**, esta jefatura **Autoriza** la realización de la misma, en Centro de Salud Chilca, además se le indica que al momento de aplicación de sus instrumentos deberá de usar el EPP completo.

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

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RSO DE SALUD MICRO RED DE SALUD CHILCA
.....
MG. Edith S. Pariona Salazar
JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD CHILCA
SPECIALISTA EN SALUD PUBLICA ESPECIALIDAD DESASTRES
CEP 10861 DNE 4105

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD"; desarrollado por las bachilleras; Ana maria Rafael Rafael y Lizbeth Payano Ruty, cuyo objetivo es determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red 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, SOFIA MATOS MENDOZA.....identificada(o) con

DNI N° 70342541..... 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. Hurtado Montes Antonio Héctor, al teléfono; cel. 964312303.

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 70342541.....



FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° DNI 43739583.....

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRO RED DE SALUD"; desarrollado por las bachilleras; Ana maria Rafael Rafael y Lizbeth Payano Rutty, cuyo objetivo es determinar la relación entre la calidad de vida laboral y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red 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, FLORENTINO HUAMON identificada(o) con

DNI N° 71256004 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. Hurtado Montes Antonio Héctor, al teléfono; cel. 964312303.

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

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL PARTICIPANTE
N° DNI 71256004

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL INVESTIGADOR
N° DNI 70974778

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



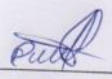
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

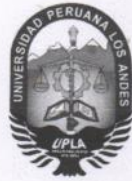
Yo; ANA MARIA RAFAEL RAFAEL, identificado (a) con DNI 70974778, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UNA HICUBERA DE SALUD", en ese contexto **declaro bajo 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, 16 de 02 del 2021.




Nombre y Apellidos Rafael Rafael Ana Maria
Responsable de investigación

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



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

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Lizbeth Rosario Payano RUTTY, identificado (a) con DNI 43739588 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "CALIDAD DE VIDA LABORAL Y SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UNA MICRORED DE SALUD - CHILCA", 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, 16 de FEBRERO del 2021.



Nombre y Apellidos LIZBETH ROSARIO PAYANO RUTTY

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): HUAMAN PALOMINO FOR
 1.2 Grado Académico: Universidad completa
 1.3 Profesión: Lic. EN ENFERMERIA
 1.4 Institución donde labora: Centro de Salud - CULCA
 1.5 Cargo que desempeña: AN. EN ENFERMERIA
 1.6 Denominación del Instrumento: Muy Bueno

II. VALIDACIÓN

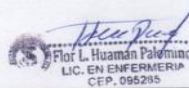
INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento		2			X
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 Nov del 2021

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES: Huaman Palomino For Linda
 DNI: 71256024



VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : MERLITH MENDOZA RAMON
- 1.2 Grado Académico : UNIVERSIDAD COMPLETA
- 1.3 Profesión : LIC. EN ENFERMERIA
- 1.4 Institución donde labora : H.R.D.C.A. "D.A.C."
- 1.5 Cargo que desempeña : LIC. EN ENFERMERIA
- 1.6 Denominación del Instrumento : MUY BUENO

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					3	20
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, 15 de marzo del 2021

FIRMA Y SELLO


 Merlith N. Mendoza Ramon
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP 054633

APELLIDOS Y NOMBRES MERLITH MENDOZA RAMON

DNI _____

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : JOSE ENRIQUE NAJARRO
 1.2 Grado Académico : UNIVERSIDAD COMPLUTO
 1.3 Profesión : LIC. EN ENFERMERIA
 1.4 Institución donde labora :
 1.5 Cargo que desempeña : LIC. EN ENFERMERIA
 1.6 Denominación del Instrumento : MUY BUENO

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						21

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : (??).....

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 10 de Febrero del 2021

FIRMA Y SELLO 
 APELLIDOS Y NOMBRES Jose A. Encarnación
 LIC. ENFERMERIA
 CEP: 85523
 DNI 43560585

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : PATRICIA JIMENEZ LOPEZ
 1.2. Grado Académico : UNIVERSIDAD COMPLETA
 1.3 Profesión : LC. EN ENFERMERIA
 1.4. Institución donde labora : H. R. P. G. A. "D.A.C."
 1.5. Cargo que desempeña : LC. EN ENFERMERIA
 1.6. Denominación del Instrumento : NOY BUENO

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL					3	20
						25

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 23.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 11 DE MARZO DEL 2021

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

JIMENEZ LOPEZ PATRICIA

72 07 82 88

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





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



FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN
LA INSTITUCIÓN
DE SALUD

