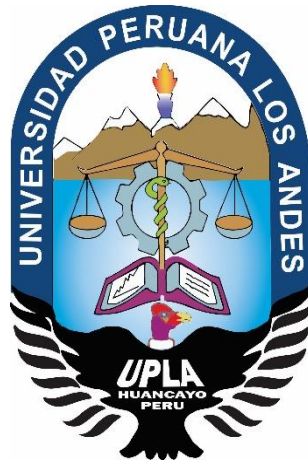


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

Título	:	RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD
Para optar	:	El título profesional de Licenciado en Enfermería
Autoras	:	Flor Rocio Acevedo Munive Karen Soledad Dionisio Fernandez
Asesor	:	Lic. Ivan Ubaldo Galarza Curisinche
Línea de investigación institucional o	:	Salud y gestión de la salud
Fecha de inicio y término	:	12 de octubre del 2020 / 12 de octubre del 2021

**HUANCAYO – PERÚ – 2021**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada, a nuestros profesores de enfermería, por compartir con nosotras sus eminentes conocimientos e inspirarnos en seguir las virtudes de la enfermería.

A nuestros padres, por su ayuda incondicional y por su motivación constante para esforzarnos a alcanzar la ansiada meta de ser profesionales.

Flor y Karen

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra alma mater, la Universidad Peruana Los Andes, que nos dio la oportunidad de acceder a una formación universitaria de calidad; y también, desarrolló nuestras competencias para poder desempeñarnos como profesionales destacados.

A los profesionales que dirigen la micro red de salud “Concepción” que nos dieron todas las facilidades para ejecutar esta investigación de forma pertinente.

A los profesionales de enfermería de la red de salud “Concepción” por colaborar con la investigación al participar de forma activa.

Flor Rocio Acevedo Munive  
Karen Soledad Dionisio Fernandez

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTOS .....	III
CONTENIDO .....	IV
CONTENIDO DE TABLAS .....	VIII
CONTENIDO DE FIGURAS .....	XI
RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT.....	XV

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	18
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	24
1.3.1. PROBLEMA GENERAL .....	24
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS .....	24
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.4.1. SOCIAL .....	25
1.4.2. TEÓRICA.....	25
1.4.3. METODOLÓGICA.....	26
1.5. OBJETIVOS .....	27
1.5.1. OBJETIVO GENERAL .....	27
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTE .....	28
2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS .....	37
2.2.1. RESILIENCIA LABORAL EN ENFERMERÍA.....	37
2.2.1.1. FORTALEZA .....	38
2.2.1.2. AUTOCONFIANZA .....	42
2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.....	46
2.2.2.1. AGOTAMIENTO .....	47
2.2.2.2. DISTANCIA MENTAL .....	50
2.2.2.3. DETERIORO COGNITIVO.....	53
2.2.2.4. DETERIORO EMOCIONAL .....	57
2.2.2.5. QUEJAS PSICOLÓGICAS .....	60
2.2.2.6. QUEJAS PSICOSOMÁTICAS .....	63
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	66

**CAPÍTULO III**  
**HIPÓTESIS**

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	69
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	69
3.3. VARIABLES.....	70

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	75
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	76
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	78
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	79
4.5.1. POBLACIÓN .....	79
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	79
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	79
4.5.2. MUESTRA.....	80
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	82
4.6.1. PARA VALORAR LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	82
4.6.2. PARA VALORAR LA SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	83
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	84
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	87

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS .....	89
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA ...	89
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	95
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	99

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	106
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD.....	106
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	108
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	112
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	116
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	120

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	124
6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	128
6.3. RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	132
CONCLUSIONES .....	140
RECOMENDACIONES.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142
ANEXOS .....	148

## CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	89
TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.	90
TABLA 3: HIJOS BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	91
TABLA 4: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	92
TABLA 5: ESTUDIOS POST LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	93
TABLA 6: OTROS COMPROMISO LABORALES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	94
TABLA 7: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN FORTALEZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	95
TABLA 8: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN AUTOCONFIANZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	96
TABLA 9: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN OPTIMISMO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	97



TABLA 10: CONSOLIDADO DE RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	98
TABLA 10: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	99
TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DISTANCIA MENTAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	100
TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO COGNITIVO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	101
TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	102
TABLA 14: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOLÓGICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	103
TABLA 15: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOSOMÁTICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	104
TABLA 16: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	105
TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	107
TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	109

TABLA 20: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	113
TABLA 21: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	117
TABLA 22: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	121

## CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	89
FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” – 2021 .....	90
FIGURA 3: HIJOS BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	91
FIGURA 4: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	92
FIGURA 5: ESTUDIOS POST LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	93
FIGURA 6: OTROS COMPROMISO LABORALES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	94
FIGURA 7: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN FORTALEZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	95
FIGURA 8: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN AUTOCONFIANZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	96
FIGURA 9: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN OPTIMISMO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	97

FIGURA 10: CONSOLIDADO DE RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	98
FIGURA 10: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	99
FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DISTANCIA MENTAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	100
FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO COGNITIVO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	101
FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	102
FIGURA 14: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOLÓGICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021 .....	103
FIGURA 15: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOSOMÁTICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	104
FIGURA 16: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021.....	105
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	108
FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	112

FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	116
FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	120

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción 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 123 profesionales de enfermería que trabajaban en las unidades de atención de la Microred de salud de Concepción en el 2021, de donde se eligió una muestra de 76 enfermeras a quienes se les aplicó la “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” y el “Cuestionario general de evaluación del burnout”; entre los resultados se resalta que el 51.3 % de las enfermeras poseen baja o muy baja resiliencia, el 22.4 % de las enfermeras poseen alto o muy alto síndrome de burnout; asimismo ante un incremento de la resiliencia, disminuye el síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo;  $-0,446$ ).

**PALABRAS CLAVE:** resiliencia, síndrome de burnout, enfermería, primer nivel de atención.

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to determine the relationship between resilience and burnout syndrome in nursing professionals of the Micro Health Network of Concepción in 2021, the inductive method and the inferential statistic were used, the type of study was correlational cut cross-sectional, with a population of 123 nursing professionals who worked in the care units of the Concepción Health Micro-network in 2021, from which a sample of 76 nurses was chosen to whom the “Connor-Resilience Scale was applied. Davidson” and the “General Burnout Assessment Questionnaire”; Among the results, it is highlighted that 51.3% of the nurses have low or very low resilience, 22.4% of the nurses have high or very high burnout syndrome; Likewise, in the face of an increase in resilience, the burnout syndrome decreases in nursing professionals (Pearson's correlation coefficient moderately negative; -, 446).

**KEY WORDS:** resilience, burnout syndrome, nursing, first level of care.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La resiliencia se refiere a la capacidad de las enfermeras de recuperarse o adaptarse a las dificultades o el cambio. Estas dificultades pueden variar desde adversidades hasta traumas, tragedias y amenazas. La resiliencia se ve como un acto flexible y adaptativo realizado en respuesta a desafíos o un concepto agregado de múltiples cualidades, que indican la capacidad de sobrevivir y abordar las posibles consecuencias de manejar la presión o la adversidad. La resiliencia es la capacidad de resistir el estrés y la catástrofe; es el proceso de adaptarse bien ante la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o las fuentes importantes de estrés, como problemas familiares y de pareja, graves problemas de salud, o estresores laborales y financieros; significa recuperarse de experiencias difíciles (1).

El síndrome de burnout, es un trastorno caracterizado por el agotamiento emocional progresivo, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una disminución del sentido de realización personal con una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas, también existe pérdida de las habilidades para la comunicación, en enfermeras surge cuando se encuentra expuesta de forma prolongada a situaciones estresantes (2).

Las enfermeras con mayor resiliencia pueden afrontar y tener una respuesta positiva frente a la adversidad, se recuperan tras situaciones adversas y enfrentan



las dificultades, se sobreponen ante los traumas y queda fortalecida o transformada por las experiencias de adversidad; en consecuencia, vive menos situaciones estresantes porque puede superar de forma efectiva a las dificultades, por lo que no llega a adquirir el síndrome de burnout (3).

Las enfermeras más resilientes, no llegan a quemarse, sino que logran mayores habilidades y competencias laborales e interpersonales, y en la medida que refuerzan estos atributos, mitigan la vulnerabilidad al burnout. La resiliencia le dota a la enfermera la capacidad para adaptarse a la adversidad, mantener el equilibrio, conservar el control sobre su entorno y continuar avanzando de manera positiva, esto reduce el proceso de agotamiento. Las enfermeras resilientes son conscientes que el trabajo en el primer nivel de atención es desafiante, por las múltiples responsabilidades y la exposición a múltiples riesgos por lo que desarrolla múltiples formas y utiliza una amplia variedad de recursos para no llegar a atosigarse con el estrés (4).

En Mashhad, Irán, en una investigación encuentran que las enfermeras con mejor resiliencia tienen menor probabilidad de tener el síndrome de burnout; esto debido a que la resiliencia ayuda a las enfermeras a enfrentar y adaptarse a las difíciles condiciones de vida y a protegerlas de los trastornos mentales y los problemas de la vida; las enfermeras resilientes tienen un alto grado de adaptación a los estresores ambientales en sus vidas, también pueden resistir muchas presiones psicológicas utilizando el elemento la resiliencia; asimismo cuando una enfermera no sabe cómo

adaptarse o lidiar con los altos niveles de estrés aparecen los síntomas del síndrome de burnout (5).

En Murcia, España, en un estudio se encontró que el incremento de la resiliencia reduce la aparición del síndrome de burnout en sus tres dimensiones en las enfermeras, también se destaca que la resiliencia es una característica psicológica, esencial para el desarrollo y mantenimiento de la salud en estos profesionales. Actualmente, los profesionales de enfermería están expuestos a eventos estresantes relacionados con los aspectos organizacionales y la naturaleza específica de las tareas que realizan; además de sobrellevar la sobrecarga de trabajo y los conflictos interpersonales, la falta de recursos personales para enfrentar los desafíos laborales diarios es masivo (6).

En Changsha, China, se ejecutó una investigación en la que se demuestra que la resiliencia en enfermeras reduce la incidencia del síndrome de burnout; asimismo enfatiza en que la resiliencia es la capacidad de las enfermeras para enfrentar la adversidad y superar o recuperarse de las dificultades, con resultados positivos; también señala que la resiliencia es un recurso personal que fomenta la adaptación adecuada contra los estresores laborales, la resiliencia permite un ajuste positivo de la persona y su entorno, es decir, el mantenimiento de una buena salud a pesar de las circunstancias estresantes, como las que se enfrentan en el entorno laboral cotidiano, la resiliencia es el recursos de las enfermeras que puede mejorar su capacidad profesional para reconocer, comprender y reaccionar ante situaciones estresantes en el lugar de trabajo (7).

En São Paulo, Brasil, en una investigación encontraron asociación significativa estadísticamente significativa entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, asimismo, se afirma que la resiliencia es un recurso de las enfermeras que puede moderar los efectos del estrés. Los profesionales que tienen puntajes de resiliencia más altos responden de manera más adaptativa a situaciones adversas en el trabajo, las enfermeras con un alto nivel de demandas laborales combinado con una falta de recursos son más propensas al burnout y pueden presentar un proceso progresivo de pérdida de responsabilidad profesional y cinismo o distanciamiento emocional de los pacientes (8).

En nuestro país en una investigación realizada en un hospital de la ciudad de Lima, se encuentra que existe una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el burnout; asimismo las enfermeras que experimentaban burnout se sentían apáticas e indiferentes sobre su trabajo, la aparición de este síndrome incluía angustia moral y la percepción de una excesiva carga de trabajo. La causa de burnout es también el idealismo o la excesiva implicación emocional en los problemas del paciente (9).

En los establecimientos de salud de la región Junín se ha podido observar que los profesionales de enfermería sobrellevan a diario múltiples situaciones estresantes, una investigación encontro que el 44.6 % de las enfermeras tienen síndrome de burnout, que es el resultado de tensiones que surgen de la falta de armonía entre los estándares individuales y los procesos institucionales o burocráticos, las enfermeras experimentan una sensación de incapacidad para lograr objetivos personales,

también se destaca que este problema es causado por un desequilibrio entre los ideales y las expectativas de las enfermeras frente a las condiciones reales de su puesto de trabajo (10). En la Micro Red de Salud de Concepción, es común observar enfermeras con inadecuadas respuestas ante situaciones estresantes, la forma en que buscan adaptarse o ajustarse al contexto estresante no es el más apropiado, las enfermeras refieren experimentar una sensación de fracaso, las sobrecargas de trabajo y los frecuentes conflictos interpersonales les produce agotamiento emocional.

Por todo lo dicho anteriormente nos propusimos determinar la relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021.

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

El estudio propuesto se basó en el supuesto que; las enfermeras más resilientes, caracterizadas por su capacidad para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido ante la adversidad, mantener el equilibrio, conservar el sentido de control sobre su entorno y continuar avanzando de manera positiva; tienen, menos probabilidad de presentar el síndrome de Burnout por evitar de forma prolongada las situaciones estresantes; comprobar la asociación entre la resiliencia y el síndrome de burnout fue el objeto de esta investigación.

### **DELIMITACIÓN ESPACIAL**

El estudio se realizó en los profesionales de enfermería que laboran en la Micro Red de Salud de Concepción, que está conformada por 24 establecimientos de salud de nivel: I-1, I-2, I-3 y I-4. La cabecera de la red se encuentra ubicada en el centro de salud “David Guerrero Duarte” ubicada en el Jr. Nueve de Julio s/n ubicado en la provincia de Concepción que es de categoría I-4 y pertenece a la unidad ejecutora Red de Salud “Valle Del Mantaro”.

### **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

El estudio se efectuó en el año 2021, se recolectaron los datos en los meses de enero y febrero del año en referencia. La investigación incluyó a todos los profesionales de enfermería que se encontraban laborando en la Micro Red de Salud de Concepción en el año en mención.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?

#### **1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia a la **fortaleza** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?
2. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia a la **autoconfianza** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia al **optimismo** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

### **1.4.1. SOCIAL**

Al haberse comprobado la asociación, entre la resiliencia y el síndrome de burnout en enfermeras con la ejecución del estudio, hemos podido sugerir la implementación de un programa que adiestre e incremente competencias para la resiliencia en los profesionales de enfermería; las que, al ser más resilientes podrán enfrentar, sobreponerse y ser fortalecidas por las situaciones y condiciones adversas de los establecimientos rurales de salud; esto suscitará menor síndrome de Burnout, que a su vez llevará a una mejor atención de salud de los usuarios de la Microred de salud de Concepción.

### **1.4.2. TEÓRICA**

La ejecución de este estudio nos ha dado la posibilidad de comprobar la forma en que la teoría de la resiliencia de Greco y Morelato nos permite comprender las competencias de resiliencia en las enfermeras; esta teoría propone que: la resiliencia es un proceso dinámico, el cual depende de factores internos y externos, los que, en interacción con el riesgo, genera formas y recursos para enfrentar las circunstancias hostiles. Así, la continua aplicación de estos mecanismos, permite obtener una adaptación positiva, entendida ésta como desarrollar cada vez mecanismos y recursos más refinados y de mayor eficiencia para superar las situaciones de adversidad, entendidas como traumas, riesgos o amenazas surgida en la vida de una persona (11). El estudio solo aporta datos que serán el respaldo empírico del grado

en que esta teoría explica determinadas circunstancias del quehacer de las enfermeras de la Microred de salud de Concepción.

### **1.4.3. METODOLÓGICA**

En el estudio realizado se aplicaron instrumentos validados en su versión original; sin embargo al no existir estudios regionales que verifiquen su validez y confiabilidad, fue necesario comprobar la validez y confiabilidad de los mismos en el proceso de ejecución de la investigación; culminado el estudio, se dispone de instrumentos que podrán ser empleados en estudios de investigación referentes a la resiliencia y la síndrome de burnout en enfermeras; también podrán ser utilizados en evaluaciones de tamizaje institucional concernientes a la resiliencia y el síndrome de Burnout en enfermeras.



## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia a la **fortaleza** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021.
2. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia a la **autoconfianza** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021.
3. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia al **optimismo** y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTE

##### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Zheng Z, Gangaram P, Xie H, Chua S, Bee S, Eng S, realizaron la investigación titulada “Síndrome de Burnout y resiliencia en enfermeras en psiquiatría: un estudio en el Instituto de Salud Mental” en hospitales públicos de Pulau Tekong de Singapur, con el objetivo de establecer la relación entre la resiliencia y la síndrome de Burnout, realizaron un estudio descriptivo transversal multivariado, emplearon una muestra de 874 enfermeras a las que se les administro la “Escala de Burnout de McCloskey y Mueller, y la “Escala de Resiliencia”; entre los hallazgos se destaca que encontró una asociación moderada negativa y significativa entre el Burnout y la resiliencia ( $r$  de *Pearson* = - 0.413;  $p$  = 0.002); asimismo las enfermeras resilientes tienden a manifestar un comportamiento adaptativo, especialmente en las áreas de funcionamiento social, moral y salud somática, lo hacen a través de la habilidad de identificar lo que es estresante y evaluar de manera realista su capacidad de acción y resolver problemas de manera efectiva, la repetición de los factores estresantes les permite acumular experiencias y desarrollar competencias para afrontarlas, en lugar de sentir miedo o mantener la ineptitud; la enfermeras resilientes conservan un estado emocional placentero al evaluar su trabajo como un

reto diario con logros cotidianos que reafirman sus valores profesionales que las hace sentir profesionalmente satisfechas (12).

Yang J, Tang S, Zhou W, desarrollaron la investigación titulada “Resiliencia psicológica y Síndrome de Burnout de enfermeros: el efecto mediador de la afectividad positiva” en hospitales de Changsha y Xiangtan en la provincia de Hunan, China; con el objetivo de establecer la relación entre la resiliencia y la Síndrome de Burnout teniendo como mediador a la afectividad positiva; se realizó un estudio transversal observacional; se empleó a 229 enfermeros a los que se les administro la “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” y la “Escala de Burnout de McCloskey/Mueller”; entre los resultados se obtuvo que la resiliencia psicológica se correlacionó inversamente con el Síndrome de Burnout ( $r = -0,524$ ,  $p < 0,05$ ); también se encontró que las enfermeras resilientes tienen la capacidad para recuperarse o adaptarse fácilmente a las condiciones difíciles del trabajo, superan las tensiones y los problemas cotidianos de la práctica profesional; las enfermeras resilientes han encontrado un propósito y un significado de la profesión, se sienten seguras de su capacidad para: resolver problemas, tomar decisiones y comunicarse; además son empáticas, trabajan bien con los demás y están dispuestas a pedir ayuda y dar ayuda; a su vez, ven los errores como obstáculos a superar, se establecen objetivos realistas y están impulsadas internamente por sus valores y convicciones; dichas enfermeras no son vulnerables al síndrome de Burnout, porque poseen un vínculo emocional positivo con las actividades laborales que realizan (13).

Hudgins T, efectuó una investigación titulada “Resiliencia, Síndrome de Burnout y rotación anticipada en enfermeras líderes” en hospitales del suroeste de Virginia, EEUU, con el objetivo de identificar las relaciones entre resiliencia, Síndrome de Burnout y rotación anticipada entre las enfermeras líderes, el estudio fue observacional de corte transversal, multivariado, se empleó una muestra de 89 enfermeras líderes a las que se les administró la escala de resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC) y una escala de Síndrome de Burnout (JS); entre los resultados se destaca que; existe relación significativa entre resiliencia y Síndrome de Burnout ( $r = -0.51$ ;  $p = 0.002$ ); asimismo las enfermeras resilientes poseen la capacidad de crear situaciones significativas en su medio laboral, poseen una conexión emocional con la profesión y tienen un elevado nivel de flexibilidad mental, las enfermeras con mayor resiliencia afrontan mejor los cambios en la vida personal y vida laboral, estas enfermeras pueden mantener el equilibrio físico - mental en condiciones difíciles; las enfermeras resilientes tienen un estilo de afrontamiento orientado a las tareas, una creencia muy arraigada en su capacidad para controlar los resultados de su propia vida y la capacidad de usar conexiones con los demás como una forma de enfrentar la adversidad; debido a estas características este tipo de enfermeras tienen sentimientos afectivos positivos con su trabajo y disfrutan con las actividades que realizan mostrando así su síndrome de Burnout (14).

Öksüz E, Demiralp M, Mersin S, Tüzer H, realizó un estudio titulado “Resiliencia en enfermeras en términos de apoyo social percibido, síndrome de Burnout y ciertas variables” en hospitales de Ankara, Turkey, con el objetivo de determinar la

relación de la resiliencia con la síndrome de Burnout; la investigación fue descriptiva transversal multivariada, se empleó una muestra de 242 enfermeras a las que se les administro la “Escala de Resiliencia para Adultos (RSA)” y la “Escala de Síndrome de Burnout de Minnesota (MJSS)” entre los resultados se destaca que; existe relación significativa moderada entre la resiliencia y la Síndrome de Burnout ( $r$  de Pearson = - 0.411;  $p$  = 0.001); asimismo las enfermeras resilientes tienen la capacidad de recuperarse de eventos estresantes y pueden llevar una adaptación exitosa; las enfermeras requieren ser resilientes porque llevan excesivas cargas de trabajo ante la escasez de personal, además brindar atención de salud en condiciones adversas con múltiples deficiencias; las enfermeras resilientes pueden afrontar a los factores de estrés y mantener el profesionalismo en las circunstancias hostiles del trabajo, la resiliencia protege a las enfermeras del estrés, la depresión, el agotamiento físico y emocional; la resiliencia influyen en el éxito, la felicidad y agrado con el trabajo que evitan al síndrome de Burnout (15).

Heather O, realizó una investigación titulada “Los efectos de un Consejo Colaborativo del Sistema de Enfermeras Gerentes sobre el síndrome de Burnout, la intención de abandonar y la resiliencia”; en establecimientos de salud de Frankfort, Kentucky, EEUU; con el objetivo de establecer la asociación entre la resiliencia y la Síndrome de Burnout y el efecto de un consejo colaborativo sobre estas variables; el estudio fue cuasi-experimental, la intervención fue la implementación de un consejo colaborativo; este estudio empleó un diseño cuasi-experimental de grupo único pre y post prueba, se empleó una muestra de 75 enfermeras en el grupo experimental y un número igual en el grupo control; antes y después de la

intervención se administró la escala de Warshawsk para valorar la Síndrome de Burnout y la Escala Connor-Davidson para valorar la resiliencia, entre los resultados se destaca que la resiliencia tienen asociación inversa significativa con la Síndrome de Burnout y que la implementación del consejo colaborativo incrementa 7 veces la resiliencia; asimismo se destaca que las enfermeras resilientes tienen una capacidad psicológica positiva para recuperarse de la adversidad, la incertidumbre, el conflicto, el fracaso e incluso los cambios positivos, el progreso y una mayor responsabilidad, estas características lleva a que se sientan satisfechas con el trabajo que realizan (16).

Bahadir E, realizaron una investigación titulada “La resiliencia como estrategia para luchar contra los desafíos relacionados con la profesión de enfermería “; en Giresun, Turquía; con el objetivo de explicar las características con las que se relaciona y delinear intervenciones para incrementar la resiliencia de los enfermeros; se elaboró un metanálisis en la que se revisaron a 180 publicaciones científicas; entre los resultados se destaca que los factores estresantes, como sobrecarga de trabajo, conflictos de roles, falta de tiempo, falta de autocuidado, malas relaciones interpersonales relacionadas con el trabajo, sentirse impotente para brindar una atención de calidad, luchar con demandas en competencia, muerte, conflicto con médicos, compañeros y supervisores, y preparación emocional inadecuada, pueden ser situaciones negativas, estresantes, traumáticas o difíciles o episodios de dificultad para las enfermeras. Las situaciones o episodios de este tipo también pueden provocar problemas tanto físicos como mentales, como fatiga, irritabilidad, falta de concentración, infelicidad, sensación depresiva,

despersonalización y síndrome de Burnout. A pesar de todos estos desafíos, la resiliencia permite a las enfermeras hacer frente a su entorno de trabajo y mantener un funcionamiento psicológico saludable y estable. Si nos esforzamos por mejorar los establecimientos de salud y la atención brindada a los pacientes, también necesitamos mejorar las enfermeras porque las enfermeras tienen conocimientos y habilidades importantes para construir y mantener cambios. La forma de aumentar y asegurar este poder es mejorar la resiliencia de las enfermeras (17).

Jafarizadeh H, Zhiyani E, Aghakhani N, Alinejad V, Moradi Y, reportaron una investigación titulada “Efecto de la intervención basada en la resiliencia sobre el estrés entre enfermeras”, en Hamadan, Iran; con el objetivo de determinar el efecto de una intervención basada en la resiliencia sobre el estrés ocupacional en enfermeras del Hospital Tekab Shohada; esta investigación fue cuasi-experimental y se implementó utilizando un diseño de prueba previa / posterior. Todas las enfermeras que trabajan en el Hospital Shohada en la ciudad de Tekab (n = 60) fueron los sujetos de este estudio. En primer lugar, al referirse al hospital, se distribuyó el cuestionario de estrés laboral a los sujetos de estudio y se obtuvo de ellos un pretest. En el siguiente paso, las enfermeras fueron capacitadas en 5 sesiones de 1 hora, dos veces por semana en grupos de 30 personas en dos turnos de mañana y tarde en la sala de conferencias del hospital. Después de recopilar los datos posteriores a la prueba, los datos se analizaron con el software SPSS / 16; entre los resultados se destaca que hubo una diferencia significativa en el nivel de estrés ocupacional y sus componentes entre el pretest y el postest de los sujetos estudiados después de la intervención ( $p < 0/001$ ). La realización de cursos de

capacitación en resiliencia puede ayudar a reducir el estrés laboral de enfermería y ayudar a adaptar a las personas a los cambios existentes (18).

Elqerenawi A, Aziz A, Vostanis P, reportaron la investigación titulada “Factores de estrés laboral, afrontamiento y resiliencia entre las enfermeras” en la Franja de Gaza, con el objetivo de encontrar el tipo de estresores laborales, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los factores de resiliencia y la relación entre los estresores y las estrategias de afrontamiento como factores mediadores y la resiliencia como resultado entre las enfermeras palestinas que trabajan en la Franja de Gaza; este estudio se basa en la evidencia existente al considerar la exposición a factores estresantes relacionados con el trabajo, así como los factores asociados con el afrontamiento y la resiliencia posteriores, la muestra consistió en 275 enfermeras seleccionadas al azar de los servicios de salud representativos en Gaza, que completaron la Escala de estrés de la enfermera, la escala de resiliencia Connor-Davidson y el Brief-COPE; entre los resultados se destaca que los factores estresantes laborales más comúnmente reportados fueron la asistencia a la muerte de un paciente, la ausencia del médico cuando el paciente fallece, las críticas de un supervisor y el miedo a cometer un error al tratar a sus pacientes. La resiliencia incorpora la capacidad para mantener un equilibrio estable, negociando y adaptándonos a las fuentes de estrés y riesgo percibido. También abarca nuestra capacidad de autocontrol y el desarrollo de actitudes que promueven un compromiso saludable con los desafíos (19).



Ramalisa R, realizaron una investigación titulada “Incrementar el afrontamiento y fortalecer la resiliencia en enfermeras que brindan atención de salud mental: investigación cualitativa empírica”, en Val, Sud África con el objetivo de explorar y describir cómo fortalecer la resiliencia de las enfermeras en un ambiente laboral con usuarios involuntarios de atención de salud mental; como método se utilizó un diseño de investigación exploratorio y descriptivo, de naturaleza contextual; con una muestra de 280 enfermeras asistenciales a las que les administró encuestas y se les realizó un entrevista; entre los resultados se destaca que la resiliencia es baja en el 55 % de los profesionales; las enfermeras poco resilientes son afectadas con el síndrome de burnout; asimismo las enfermeras que atienden a usuarios involuntarios de atención de salud mental se enfrentan a situaciones desafiantes mientras ellas mismas experimentan conflictos internos y tienen opciones limitadas disponibles para ser asertivas. Para fortalecer su resiliencia, se deben tener en cuenta los siguientes factores: apoyo, personal capacitado, medidas de seguridad y protección, trabajo en equipo y capacitación y educación en servicio. La resiliencia que permite a las enfermeras seguir comprometidas y hacer frente a su profesión a pesar de las adversidades que enfrentan en su entorno laboral (20).

#### ANTECEDENTE NACIONAL

Huamaní L, Mamani J, ejecutaron una investigación titulada “Síndrome de Burnout y capacidad de resiliencia en enfermeras de centro quirúrgico H.R.H.D.E. Arequipa - 2017”; con el objetivo de establecer la relación entre la capacidad de resiliencia y el síndrome de Burnout del profesional de enfermería en centro

quirúrgico, el estudio fue de tipo descriptivo, transversal y con diseño correlacional, la población estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería, a las que se les administro la escala de resiliencia de Wagnild y Young y el cuestionario de síndrome de Burnout validado por el MINSA en el 2002, entre los resultados se destaca que existe asociaron inversa significativa entre la resiliencia y la síndrome de Burnout ( $r = - 0.456$ ;  $p = 0.001$ ); asimismo se destaca que las enfermeras resilientes tienen una adaptación exitosa a la adversidad, la resiliencia genera motivación dentro de la enfermera que ayuda a enfrentar el infortunio, la capacidad de resiliencia es adquirida a través de la experiencia y por los procesos cognitivos; las enfermeras resilientes están más comprometidas con su trabajo por lo tanto están satisfechas con las actividades que realizan en el trabajo (21).

## **2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS**

### **2.2.1. RESILIENCIA LABORAL EN ENFERMERÍA**

El concepto de resiliencia se refiere a la resistencia de una persona al estrés. La resiliencia se ha definido de varias maneras, como la capacidad de recuperarse de la adversidad y superar circunstancias difíciles en la vida; un proceso de adaptación a la adversidad; y un concepto complejo que combina características individuales, familiares u organizacionales. La resiliencia es un proceso de adaptación a la adversidad que se puede desarrollar y aprender (22).

El entorno de trabajo actual es turbulento y complejo debido a la creciente globalización y digitalización del mundo empresarial. La competencia resultante y el cambio continuo en el lugar de trabajo (a través de los avances tecnológicos y los modelos comerciales) ejercen una presión cada vez mayor sobre las personas que trabajan. Como este entorno de trabajo dinámico se está convirtiendo en la norma, la resiliencia es un "comportamiento organizacional de importancia estratégica para el éxito, el crecimiento e incluso la supervivencia" para las organizaciones y las personas que trabajan en ellas (23).

Es probable que los niveles de resiliencia individual determinen quién tiene éxito y quién falla en el mundo laboral dinámico y competitivo contemporáneo. La resiliencia, incluye dos aspectos: el ajuste a la adversidad y el rebote y, a veces, incluso prosperar a través de la adversidad, las personas resilientes conocen sus fortalezas y debilidades, crean oportunidades y saben cómo navegar en la

incertidumbre y el cambio. También saben cómo y cuándo las presiones en el trabajo se convierten en estrés y cómo reequilibrarse. Son capaces de lidiar con las demandas que se les imponen, especialmente cuando tienen que lidiar con prioridades en constante cambio y una gran carga de trabajo (24).

Aprender de los reveses requiere una actitud positiva y habilidades de regulación de las emociones. Una actitud positiva incluye tener una orientación conceptual constructiva a través de un fuerte sentido de propósito, valores centrales y una visión genuina. La regulación de la emoción incluye control de impulsos, análisis causal, autoeficacia, optimismo realista, empatía y acercamiento a los demás (25).

De hecho, los conocimientos sobre los antecedentes clave de resiliencia en el lugar de trabajo podrían extraerse de la literatura existente sobre el bienestar en el lugar de trabajo. Donde se han establecido antecedentes de bienestar en términos de características del lugar de trabajo (oportunidad de control personal, oportunidad de uso de habilidades, objetivos generados externamente, claridad ambiental, contacto con otros, recompensa, seguridad física, posición social valorada, perspectiva profesional, supervisión de apoyo y otros recursos sociales (26).

#### **2.2.1.1. FORTALEZA**

La fortaleza asegura la firmeza en las dificultades y la constancia en la búsqueda del bienestar del paciente; fortalece la determinación de resistir al estrés y la angustia y superar los obstáculos. La fortaleza permite vencer el miedo, y afrontar situaciones difíciles. Lo dispone incluso a renunciar y sacrificar su propio bienestar en favor de la salud del paciente. La fortaleza, es la firmeza de espíritu y de la

voluntad para procurar el bienestar del paciente a pesar de los obstáculos en el desempeño del deber diario. Suprime el miedo excesivo y frena la imprudencia. Dado que la fortaleza también modera la temeridad, la fortaleza limita la temeridad y el miedo desmesurados frente a un gran dolor que amenaza con desequilibrar la naturaleza humana. La fortaleza brinda un espíritu intrépido de resolución, firmeza mental y una voluntad indomable para perseverar y superar todos los obstáculos. La enfermera con fortaleza está dispuesta a ponerse en peligro si es necesario, pero no busca el peligro por sí mismo (27).

Las enfermeras resilientes no solo dejan que la vida les suceda. Más bien, tratan de afectar, modelar, reducir, expandir y moderar lo que sucede en sus vidas. El comportamiento proactivo se refiere a la acción anticipatoria que las enfermeras toman para impactarse a sí mismas y/o sus entornos. La investigación existente proporciona una amplia evidencia de las diferentes formas en que las enfermeras expresan un comportamiento proactivo, tomando la iniciativa en la búsqueda de objetivos personales y organizacionales, adaptándose activamente a nuevos entornos, asumiendo el control, actuando de antemano para influir en individuos y grupos, ampliando roles, revisando tareas, creando trabajos, rompiendo reglas, implementando ideas y resolución de problemas, y la construyendo redes sociales. Los comportamientos proactivos prevalentes en el trabajo afectan los resultados tanto para las personas que los llevan a cabo como para sus organizaciones (28).

La anticipación representa el inicio del proceso de comportamiento proactivo. Para participar en un comportamiento proactivo, los empleados piensan en el futuro

para anticipar resultados futuros. La anticipación se basa en la imaginación de posibles futuros, o representando mentalmente una visión o imagen de un objeto, persona o evento que pueda existir en algún momento en el tiempo. La anticipación también puede implicar imaginar los beneficios y costos de perseguir, o no perseguir, varios futuros posibles (29).

La imaginación es similar a la visión al servir al menos dos funciones críticas. Primero, cumple funciones de navegación y seguimiento: permite a las personas imaginar cómo se desarrollarán los eventos. En segundo lugar, cumple una función de comprensión: permite a las personas comprender y procesar información. Cuando las personas imaginan un escenario, asumen temporalmente que es preciso y construyen una versión plausible de su desarrollo, que evoca reacciones emocionales y estimula la resolución de problemas. Anticipar e imaginar eventos aumenta la confianza de las personas de que ocurrirán en el futuro. Como tal, anticipar e imaginar estados futuros aumenta la probabilidad de que uno actúe para promover o prevenir estos estados; en otras palabras, la anticipación puede alimentar profecías autocumplidas (27).

La planificación representa la segunda fase del proceso de comportamiento proactivo. Para participar en un comportamiento proactivo, los empleados desarrollan planes sobre cómo actuarán para implementar sus ideas. La planificación se refiere a la preparación para una determinada tarea, proyecto, actividad o acción describiendo los pasos que vinculan las expectativas y metas futuras con acciones y resultados concretos. Mientras que la anticipación significa

visualizar un evento o resultado, la planificación significa transformar esta visión en una guía de implementación que especifique cómo se evitará o promoverá el evento o resultado (30).

Además, la planificación a menudo implica el desarrollo de estrategias alternativas y planes de respaldo para prepararse para la posibilidad de que el curso de acción inicial no tenga éxito. La planificación, por lo tanto, juega un papel crítico en la traducción de visiones en comportamientos. Por ejemplo, los investigadores han demostrado que especificar planes sobre cómo se alcanzarán los objetivos aumenta la probabilidad de que las personas persigan y logren sus objetivos, estrategias de planificación para lograr posibles identidades aumentan la probabilidad de que las personas persigan y logren estas identidades, y la planificación para superar las barreras y la formulación de planes de respaldo aumenta la probabilidad de que las personas tengan éxito en encontrar un trabajo (31).

La acción dirigida hacia el impacto futuro representa la tercera fase del proceso de comportamiento proactivo. Mientras que la anticipación y la planificación significan la representación psicológica de un posible comportamiento, la acción dirigida hacia el impacto futuro significa la manifestación física de la anticipación y la planificación en comportamientos concretos. Cuando los empleados dirigen sus acciones hacia el impacto futuro, son conscientes de los efectos de sus acciones sobre sí mismos y sus entornos. A menudo consideran no solo el impacto a corto plazo de sus acciones, sino también el impacto potencial a largo plazo de sus

acciones. Están actuando con previsión para prevenir problemas futuros y aprovechar oportunidades futuras (32).

#### **2.2.1.2. AUTOCONFIANZA**

La autoconfianza es una competencia personal que permiten que las personas confíen en su capacidad para responder a los estímulos externos, influyendo en su forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales; las creencias de las personas hacia sus capacidades para llevar a cabo su trabajo influirían en su motivación para buscar o evitar ciertas tareas. Las personas con un autoconcepto positivo deberían estar más dispuestas a asumir tareas dado que tienen más confianza en su capacidad para manejar desafíos no relacionados con su actividad laboral (33).

La autoeficacia, la creencia en las capacidades de uno para lograr los resultados deseados, afecta poderosamente el comportamiento, la motivación y, en última instancia, su éxito o fracaso. Sin autoeficacia, las personas no gastan esfuerzos en esfuerzos porque perciben que sus esfuerzos serán inútiles. La autoeficacia es la capacidad percibida para impartir conocimiento e influir en el comportamiento del paciente, incluso el de pacientes desmotivados o desafiantes, las creencias de autoeficacia de las enfermeras están relacionadas con el esfuerzo que invierten en el cuidado, los objetivos que establecen, su persistencia cuando las cosas no salen bien y su resistencia frente a contratiempos La autoeficacia de las enfermeras se ha relacionado con su comportamiento frente al paciente (34).



La autoeficacia de las enfermeras también se ha relacionado con los resultados de los pacientes, como las creencias de autoeficacia de los pacientes y el compromiso, la motivación y los logros de los pacientes. Las creencias de autoeficacia influyen en los patrones de pensamiento y las emociones que permiten acciones dirigidas a objetivos en situaciones donde las personas creen que pueden ejercer cierto control. La seguridad es una creencia orientada hacia el futuro sobre el nivel de competencia que una persona espera que muestre en una situación dada. Dado el papel fundamental de las creencias de autoeficacia en la comprensión del comportamiento humano, es importante comprender cómo se forman estas creencias. La naturaleza cíclica del comportamiento que influye en la autoeficacia y, por lo tanto, en los nuevos comportamientos, forma un ciclo de refuerzo del éxito o del fracaso que tiende a ser bastante estable a menos que una experiencia discordante provoque una reevaluación (34).

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano y el bienestar emocional a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Cuando se enfrentan a eventos adversos, aquellos que conservan la creencia de que podrán ejercer el control sobre sus pensamientos tienen más probabilidades de perseverar en sus esfuerzos. Aquellos que son autoeficaces también tienen más probabilidades de rechazar los pensamientos negativos sobre sí mismos o sus habilidades que aquellos con un sentido de ineficacia personal. Por lo tanto, a menos que las personas creen que pueden producir los objetivos deseados a través de sus acciones, tendrán muy pocos incentivos para perseverar ante las dificultades.

Presumiblemente, entonces, la autoeficacia sería un rasgo importante en el desarrollo de la competencia frente a la adversidad (35).

La autoeficacia percibida probablemente afecta la capacidad de los individuos para adaptarse y lidiar de manera flexible con situaciones difíciles, y también afecta las aspiraciones, el pensamiento analítico y la perseverancia de los individuos ante el fracaso; las creencias de autoeficacia sean importantes para desarrollar un sentido de autoestima que a su vez influye en la capacidad de las personas para perseverar frente a la adversidad. la autoeficacia es un componente fundamental de la resiliencia (36).

#### 2.2.1.3. OPTIMISMO

El optimismo se refiere a la expectativa general de que uno experimentará buenos resultados en el futuro, el optimismo se define por dos componentes importantes: "optimismo aprendido" y "optimismo disposicional". El optimismo aprendido se acepta como un rasgo personal más que como un estilo explicativo situacional. Según esta teoría, los individuos optimistas utilizan el estilo de atribución adaptativa para explicar los eventos adversos; el optimismo es una creencia general de que las cosas buenas sucederán en lugar de las malas en el futuro. Por lo tanto, el optimismo, como rasgo de la personalidad, refleja buenas expectativas para el futuro. Algunas autoridades dividen el optimismo en dos aspectos: realista y poco realista (37).

Todas las formas de optimismo no son beneficiosas. Ser optimista no es beneficioso cuando las expectativas y los objetivos no son realistas. En un

optimismo poco realista, aunque las personas son conscientes de sus limitaciones, tienen altas expectativas positivas para los resultados. Las personas optimistas parecen capaces de resolver los problemas que enfrentan más rápidamente. Debido a que las personas optimistas tienen expectativas positivas para el futuro, experimentan menos ansiedad y problemas diarios, experimentan más emociones positivas y tienen más Burnout con la vida. Por lo tanto, sufren síntomas menos depresivos porque pueden lidiar con los problemas con mayor intensidad. El optimismo se asocia negativamente con los síntomas depresivos. En otras palabras, tanto los optimistas como los pesimistas encuentran problemas similares en sus vidas, pero los optimistas parecen superar estos problemas más fácilmente; los pesimistas pueden simplemente rendirse y caer en la depresión (38).

Mientras que algunas personas son más resistentes cuando enfrentan ciertos problemas, otras pueden darse por vencidas más fácilmente cuando enfrentan problemas. La resiliencia psicológica es el proceso de adaptación exitosa frente a situaciones difíciles o amenazantes, la habilidad de adaptarse y hacer frente a la negatividad, el resultado relativamente bueno a pesar de experimentar situaciones que han demostrado tener un riesgo significativo de desarrollar psicopatología y la resistencia de un individuo a pesar de los efectos negativos de las dificultades. Según todas estas definiciones, la resiliencia psicológica expresa que sigue viviendo con fuerza a pesar de las dificultades encontradas. La resiliencia psicológica incluye hacer frente a situaciones difíciles, ajuste psicológico, y tener Burnout con la vida (39).

La capacidad de recuperación psicológica se desarrolla en un período de tiempo largo. Con el fin de desarrollar la capacidad de recuperación psicológica, el individuo necesita enfrentar situaciones arriesgadas o peligrosas. Una fuerte resistencia psicológica puede proteger al individuo contra la angustia física y mental. Dado que la resiliencia provoca condiciones físicas y psicosociales positivas, facilita una recuperación más rápida después de una enfermedad o pérdida. En otras palabras, las personas resilientes son aquellas que pueden mantener su desarrollo normal a pesar de las difíciles condiciones ambientales y las dificultades de la vida. Las personas con capacidad de recuperación psicológica se enfrentan a sus problemas y, en lugar de evitarlos, se ocupan de ellos proporcionando soluciones eficientes y exitosas (36).

### **2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS**

Las enfermeras suelen estar expuestas al estrés debido a la sobrecarga de trabajo. En este contexto, el síndrome de Burnout puede definirse como el estrés laboral a largo plazo que resulta de la interacción entre la presión emocional constante asociada con la participación interpersonal intensa durante largos períodos de tiempo y las características personales. Los síntomas frecuentes del síndrome de Burnout incluyen el agotamiento emocional y el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia los compañeros de trabajo, así como hacia su propio logro profesional (40).

Aunque el síndrome de Burnout se detecta en profesionales de diversas áreas, la prevalencia es particularmente alta en los trabajadores de servicios y atención, especialmente los de salud y atención. Entre ellos, las enfermeras han sido objeto de varios estudios, porque experimentan situaciones laborales estresantes constantes, trabajando en contacto directo con pacientes que tienen diferentes expectativas y grados de sufrimiento (41).

#### **2.2.2.1. AGOTAMIENTO**

Las enfermeras de los hospitales que brindan servicios de atención al paciente las 24 horas experimentan más demandas temporales, cargas de trabajo más pesadas debido a una dotación de personal inadecuada y posibles horas extras. El trabajo de enfermería en sí mismo es agotador física y mentalmente, y se esperan reducciones en el rendimiento durante las últimas horas de turnos de trabajo. Además, las enfermeras encuentran horarios de trabajo no estándar, largas horas de trabajo y ajustes circadianos a los turnos nocturnos, por lo que la fatiga se vuelve inevitable y el desempeño óptimo de enfermería es un desafío. La fatiga es un síntoma biológico destinado a fomentar la recuperación y el sueño después de un día de trabajo. Para la fatiga física en la que el sistema musculoesquelético está involucrado principalmente, los individuos se sienten cansados con cierto grado de capacidad funcional menor. Para la fatiga mental, los individuos pueden tener una sensación de cansancio y menos vigilancia y funcionamiento cognitivo (42).

Cuando las enfermeras no se recuperan lo suficiente durante el tiempo fuera del trabajo, la fatiga se acumula y se vuelve más permanente o crónica, y pone en

peligro el desempeño laboral de las enfermeras, la seguridad del paciente y la calidad de la atención. El sueño insuficiente y la falta de períodos de descanso son quejas comunes entre las enfermeras. A pesar de estos factores que producen fatiga, se espera que las enfermeras permanezcan alertas y eficientes, y mantengan altos niveles de desempeño mientras ejecutan las tareas de enfermería de manera segura. Los indicadores de pacientes sensibles a la enfermería (p. Ej., Errores de atención médica, infecciones nosocomiales, caídas o úlceras por presión) son medidas del desempeño de la enfermería a nivel de unidad. La literatura sustancial respalda la relación entre los procesos de atención de enfermería, los horarios de trabajo y los resultados adversos del paciente (43).

El agotamiento es un problema de larga data entre los profesionales de la salud, causado por la exposición repetitiva al estrés asociado con las demandas laborales y que resulta en un estado emocional comprometido como lo demuestra el tiempo inadecuado para recuperar la fuerza. La profesión de enfermería requiere el compromiso de brindar atención al paciente sacrificando la energía física, emocional y mental. Las enfermeras experimentan un alto nivel de estrés debido a factores como el trabajo emocionalmente agotador, las grandes cargas de trabajo y el trabajo físico que son inherentes al trabajo de la enfermera. Trabajar en situaciones traumáticas y con pacientes gravemente enfermos, además de ser emocionalmente exigente por sí solo, a menudo conduce a problemas conflictivos con la atención del tratamiento: circunstancias en las que las enfermeras enfrentan el dilema de perseguir objetivos terapéuticos que tal vez se oponen a sus valores

personales. Esto lleva a la angustia moral. Cuidar de pacientes enfermos y tratar con familiares ansiosos también contribuye a la angustia moral (44).

También es común que las enfermeras expresen sentimientos de estar abrumados por la carga de trabajo: se requieren múltiples tareas para realizarse en un período de tiempo relativamente corto. El agotamiento de la enfermera a menudo se desencadena por una percepción de carga de trabajo emocional y excesiva, junto con el agotamiento físico. Si bien los componentes del agotamiento incluyen el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del rendimiento personal, están relacionados con el aumento de los niveles de agotamiento físico y la fatiga aguda/crónica. La investigación existente que compara las enfermeras que trabajan menos de 40 horas por semana y las que trabajan más de 40 horas por semana ha demostrado que quienes trabajan más horas semanales tienen un mayor riesgo de efectos físicos adversos que sus contrapartes. Estos efectos incluyeron problemas de salud musculoesqueléticos (45).

Aunque muchas enfermeras pueden manifestar entusiasmo por la carrera de enfermería en el nivel de entrada, pueden tener algunas percepciones erróneas sobre lo que implica el trabajo de enfermería. Algunas enfermeras pueden ver la enfermería como un cuidado compasivo que va de la mano con resultados positivos para el paciente y Burnout laboral. Del mismo modo, las enfermeras pueden ver su conexión con los pacientes y sus familias como una presencia solidaria durante una trayectoria de enfermedad difícil sin reconocer cómo esto puede conducir a la fatiga por compasión y al agotamiento. El agotamiento de la enfermera tiene

implicaciones significativas tanto para las enfermeras como para sus pacientes. El aumento del estrés entre las enfermeras de cuidados críticos puede conducir a una disminución del interés en el desempeño laboral y, posteriormente, un deseo de renunciar a su trabajo (46).

#### **2.2.2.2. DISTANCIA MENTAL**

Las personas que estaban intrínsecamente motivadas descubrieron que el trabajo en sí mismo es interesante, desafiante y divertido. La felicidad y el bienestar de los propios trabajadores depende principalmente de su nivel de motivación, de las fuentes organizacionales o personales de felicidad en el trabajo, los trabajadores altamente motivados externamente suelen estar más interesados en el cumplimiento de los impulsos humanos básicos y las necesidades que el trabajo en sí; por lo tanto, era probable que los trabajadores establecieran la cantidad mínima de energía en el trabajo para alcanzar los objetivos instrumentales, sin obtener ninguna felicidad o mensajería instantánea al realizar su trabajo. Por lo tanto, está en Burnout persistente con las características y condiciones del trabajo puede conducir a una disminución en el nivel de compromiso y motivación de la enfermera y un aumento en la tasa de rotación (47).

La asociación entre el agotamiento y la motivación también se destacó en la literatura. El término agotamiento se utiliza para definir el estado de fatiga física, emocional y mental resultante de la participación a largo plazo en condiciones de trabajo que son emocionalmente exigentes, los trabajadores agotados no experimentan sus actividades laborales como emocionantes, satisfactorias o



placenteras y no identificarse con su valor instrumental o sus actividades laborales, el fomento de la motivación autónoma puede conducir inmediatamente a un aumento en el compromiso laboral, la motivación autónoma esta negativamente relacionada con el agotamiento y positivamente con el compromiso y el desempeño laboral (48).

Existe una sutil pero desmoralizadora influencia de la indiferencia, la indiferencia puede guiar la autorregulación; es decir, si podría indicar que uno debería regular sus esfuerzos o simplemente dejar de intentarlo por completo. Esto puede ser especialmente cierto si uno ya está abierto a la idea de desconectarse. Comprobaremos específicamente si la indiferencia representa una señal implícita para desconectarse y, por lo tanto, tiene cualidades motivacionalmente contagiosas. Aunque la indiferencia puede no estar dirigida a uno mismo per se (o cualquier otra persona, para el caso), se puede interpretar como una forma de retroalimentación de objetivos. Sin embargo, a diferencia de la retroalimentación emocional de los demás, la indiferencia es más impersonal; es más una ausencia de retroalimentación positiva que la presencia de retroalimentación negativa. El impacto de percibir la indiferencia puede, por lo tanto, depender del contexto motivacional en el que se perciba, incluida la propia apertura a la idea de desconectarse de cualquier objetivo o tarea a la que se dirija (49).

La indiferencia como una falta o pérdida percibida de motivación hacia alguna meta o tarea relacionada con la meta. Para el propósito de este trabajo, lo tratamos como sinónimo de percibir la apatía en el sentido de que se caracteriza por la

ociosidad y la desconexión. La indiferencia podría ser real o podría existir solo en la mente del perceptor, y la ausencia de motivación podría ser absoluta o simplemente relativa a lo que el perceptor quiere y espera ver. La indiferencia, se refiere solo a la ausencia de motivación, y corresponde con la inacción. La indiferencia se trata de la presencia de una ausencia, y los perceptores pueden recurrir a señales situacionales y conductuales para inferirla. Esto podría significar que la indiferencia generalmente está orientada a objetos: aunque no está dirigida a un objetivo en sí, se infiere en contexto a objetivos y tareas específicos. También suponemos que la indiferencia se puede inferir implícitamente porque sus indicadores de comportamiento pueden ser bastante universales (por ejemplo, inactividad, inactividad) (50).

Esto sugeriría que la indiferencia se percibe como se perciben las emociones básicas; sin embargo, interpretar la indiferencia puede ser inherentemente más desafiante, ya que la ausencia de una motivación particular puede ser idéntica a la ausencia de otra. Si bien la indiferencia se puede inferir generalmente de varias señales de comportamiento, su relevancia objetivo puede inferirse de otra cosa. El contexto situacional más amplio, por ejemplo, podría ser lo que hace que la indiferencia sea significativa. Es concebible que los mismos comportamientos puedan implicar una falta de motivación de logro en un contexto (por ejemplo, trabajo o escuela) y una falta de motivación prosocial en otro. También se puede esperar que los perceptores interpreten la indiferencia a través del lente de sus propias necesidades y compromisos (51).

Anticipamos que las personas a menudo pueden interpretar la indiferencia como una señal para la desconexión de la meta, incluso si de otra manera valoran la meta y quieren perseguirla. Tenga en cuenta que distinguimos la influencia potencialmente obstructiva de la indiferencia de los asuntos de activación o desactivación de objetivos (es decir, accesibilidad de objetivos). Aunque los objetivos pueden activarse en la memoria al igual que otras construcciones de conocimiento, su búsqueda posterior podría ser alentada o desalentada por las señales sociales, otras señales, como la indiferencia, pueden afectar el nivel de esfuerzo de la meta. De hecho, suponemos que un objetivo puede ser muy importante en la mente de uno, pero uno puede sentirse incapaz de alcanzarlo (52).

Sin embargo, una característica potencialmente insidiosa de la indiferencia es que las personas podrían similar no porque lo quieran, sino porque explota sus dudas preexistentes sobre el objetivo o su continua disposición para desconectarse de él. La indiferencia podría ser especialmente difícil de superar, porque la idea de desconectarse puede ser accesible para cualquier persona que regularmente rota entre objetivos o que sea selectivo sobre cuándo y dónde perseguirlos. El hecho de que uno aspire a una meta no significa que podrá superar la idea de desconectarse de ella; La idea de no perseguir una meta siempre podría ser una posibilidad al acecho (53).

### **2.2.2.3. DETERIORO COGNITIVO**

Las personas con agotamiento a menudo se quejan del funcionamiento cognitivo deteriorado, como informar problemas de atención y memoria. Esto no es

sorprendente dado que el agotamiento puede considerarse un síndrome relacionado con el estrés, y existe una amplia evidencia de que el estrés sostenido puede tener efectos perjudiciales en las estructuras neuronales involucradas en el funcionamiento cognitivo, como el hipocampo y la corteza prefrontal. Más específicamente, existe literatura sustancial que indica que la asociación entre el estrés y el deterioro del funcionamiento cognitivo puede estar mediada por niveles crónicamente elevados de glucocorticoides (p. Ej., Cortisol), lo que a su vez puede conducir a una reducción del peso cerebral total y, más específicamente, a la atrofia del hipocampo y la corteza prefrontal (54).

Las quejas cognitivas subjetivas de las personas con agotamiento están vinculadas a déficits cognitivos reales, medidos con pruebas neuropsicológicas cognitivas. El patrón de estos déficits parece indicar que el agotamiento está particularmente acompañado por un funcionamiento ejecutivo comprometido, y las personas con agotamiento tienen menos dificultades con procesos cognitivos más automáticos. El término funcionamiento ejecutivo se refiere a un conjunto de procesos cognitivos de orden superior que regulan otros subprocesos cognitivos. Es importante destacar que las funciones ejecutivas están ampliamente mediadas por un circuito neuronal que involucra áreas corticales prefrontales. A diferencia de los procesos cognitivos más automáticos, las funciones ejecutivas son responsables de la regulación voluntaria del pensamiento y la acción (55).

Por ejemplo, estas funciones permiten a un individuo responder adecuadamente a tareas o situaciones novedosas, cambiantes o complicadas. La literatura describe

una amplia gama de funciones ejecutivas, que incluyen memoria de trabajo, razonamiento verbal, cambio de tareas, flexibilidad cognitiva, pensamiento abstracto, inhibición, secuenciación, planificación, adquisición de reglas y resolución de problemas. Los déficits menores en las funciones ejecutivas pueden tener un impacto devastador en la vida privada y profesional de una persona. Por ejemplo, los individuos pueden ser incapaces de responder adecuadamente en contextos sociales, estructurar tareas o mantener su desempeño habitual (46).

Dada la importancia del funcionamiento ejecutivo, el objetivo de este estudio fue agregar más conocimiento a la escasa literatura sobre la relación entre el agotamiento y el funcionamiento cognitivo. Estudios previos que abordaron este tema se centraron en una variedad de funciones ejecutivas que se evaluaron con varias pruebas neuropsicológicas cognitivas. En este estudio, sin embargo, nuestro objetivo fue examinar la relación entre el agotamiento y el funcionamiento cognitivo de manera más sistemática. Específicamente, nos concentramos en tres tipos básicos de funciones ejecutivas, a saber, actualización y monitoreo de representaciones de la memoria de trabajo ("actualización"), inhibición de respuestas prepotentes ("inhibición") y cambio entre tareas o conjuntos mentales ("cambio") (56).

las personas que sufren agotamiento se desempeñan peor que aquellas con bajo agotamiento en tareas que requieren control ejecutivo. Si bien estas diferencias de rendimiento han surgido en varias tareas cognitivas (como el cambio de tareas y la atención sostenida a la tarea de respuesta), investigaciones anteriores no han podido

especificar las funciones exactas de control ejecutivo que se ven afectadas en las personas que sufren agotamiento. Sin construir sobre un marco teórico sólido, nos quedamos con la pregunta de qué procesos específicos se ven afectados en el caso de un alto agotamiento. Esto se examina en el presente estudio, utilizando dos grupos de participantes: uno con alto agotamiento y el otro con bajo agotamiento. Además, dado que las demandas relacionadas con el trabajo varían según las tareas laborales y el tiempo, investigamos las condiciones específicas en las que los empleados con alto agotamiento emocional tienen un desempeño peor que esos con bajo agotamiento, ya que las tareas difieren en la medida en que exigen el control ejecutivo (57).

Debido a que las conceptualizaciones recientes del agotamiento y varios estudios longitudinales sugieren que el agotamiento emocional es el síntoma central del agotamiento, nos enfocamos en esta dimensión del agotamiento en lugar de examinar las tres dimensiones. Para comprender la relación entre el agotamiento y el control ejecutivo, buscamos aclarar dos cuestiones. Primero, examinamos las diferencias entre los participantes de alto y bajo agotamiento en la realización de tareas de laboratorio que requieren dos funciones de control ejecutivo, a saber, la actualización y el monitoreo de las representaciones de la memoria de trabajo y la inhibición de la respuesta prepotente (dominante o automática) tendencias. Ambos mecanismos ejecutivos están involucrados en la regulación del comportamiento dirigido a objetivos en el trabajo que se requiere para satisfacer las demandas laborales en una amplia gama de entornos ocupacionales (58).

#### **2.2.2.4. DETERIORO EMOCIONAL**

A medida que se agotan sus recursos emocionales, las enfermeras sienten que ya no son psicológicamente capaces de responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes; esto puede contribuir a una actitud cínica hacia sus pacientes, es decir, despersonalización; y la pérdida de motivación resultante obstaculiza el éxito profesional, especialmente en lo que respecta al Burnout del paciente. El agotamiento emocional se ha asociado con resultados graves para las enfermeras, sus pacientes y las organizaciones donde interactúan (59).

La despersonalización se manifiesta como una interrupción generalizada de la autoconciencia en su nivel más básico y preverbal (es decir, lo que se siente ser una entidad, existir), a diferencia de las condiciones disociativas como la amnesia psicógena o el trastorno de identidad disociativo, que generalmente afecta la identidad en niveles que involucran memoria autobiográfica, autonarrativas y personalidad. La persona afectada por la despersonalización se queja espontáneamente de que su actividad mental, su cuerpo y su entorno cambian en su calidad, para ser irreal, remota o automatizada. Entre los diversos fenómenos del síndrome, los pacientes se quejan con mayor frecuencia de la pérdida de emociones y sentimientos de extrañamiento o desapego de su pensamiento, su cuerpo o el mundo real (42).

A pesar de la naturaleza dramática de la experiencia, el paciente es consciente de la irrealidad del cambio. El sensorio es normal y la capacidad de expresión emocional está intacta. Aunque los "sentimientos de irrealidad" todavía se usan

comúnmente como una abreviatura para describir el fenómeno en la práctica clínica, la mayoría de los pacientes enfatizan la naturaleza inefable de la experiencia y hacen uso de metáforas que generalmente toman dos formas. Un primer tipo hace referencia a la sensación de estar aislado, alejado de uno mismo y de los alrededores. Por ejemplo, los pacientes a menudo hablan de "estar en una burbuja" o estar "separados del mundo por una barrera invisible como un panel de vidrio, una niebla o un velo". Un segundo grupo de metáforas enfatiza en cambio un cambio cualitativo en el estado de conciencia, y el sentimiento como si estuviera en "un sueño", "apedreado", "no despierto" o un "sentimiento borroso" indescriptible, etc. (49).

Por lo tanto, si bien es cierto que los pacientes siguen siendo dolorosamente conscientes de la naturaleza anómala de su experiencia, siguen convencidos de que un cambio fundamental, aunque inefable, ha tenido lugar en ellos. Otro problema conceptual con el uso de los "sentimientos de irrealidad" como descriptor general de la despersonalización es que el término introduce una definición negativa que tiene poco valor explicativo, ya que alude a algo que falta en la experiencia normal sin aclarar su naturaleza. Históricamente, ha habido desacuerdo en cuanto a la naturaleza de esta supuesta "experiencia perdida", y diferentes escritores propusieron que la despersonalización provenía de impedimentos relacionados con la imagen corporal, emocional, de la memoria o de la percepción (51).

Para el individuo despersonalizado, el mundo parece extraño, peculiar, como un sueño. Los objetos aparecen a veces extrañamente disminuidos de tamaño, a veces



planos. Los sonidos parecen provenir de la distancia. Las características táctiles de los objetos también parecen extrañamente alteradas, pero los pacientes se quejan no solo de los cambios en su percepción, sino que sus imágenes parecen estar alteradas. Los pacientes caracterizan sus imágenes como pálidas, incoloras y algunos se quejan de que han perdido por completo el poder de la imaginación. Las emociones igualmente tienen marcada alteración. Los pacientes se quejan de que no son capaces de experimentar dolor ni placer; El amor y el odio han perecido con ellos (43).

Experimentan un cambio fundamental en su personalidad, y se alcanza el clímax con sus quejas de que se han convertido en extraños para sí mismos. Es como si estuvieran muertos, sin vida, simples autómatas. El examen objetivo de tales pacientes revela no solo un aparato sensorial intacto, sino también un aparato emocional intacto. Todos estos pacientes exhiben reacciones afectivas naturales en sus expresiones faciales, actitudes, etc.; por lo que es imposible suponer que son incapaces de responder emocionalmente; existen cuatro componentes experimentales principales y distintos; a saber: [1] una experiencia de sentirse cortado o alejado de los alrededores (es decir, desrealización); [2] dificultades para recordar o imaginar cosas; [3] incapacidad para sentir emociones; y [4] un sentimiento de desencarnación, descrito como un sentimiento de estar muerto o como un autómata (56).

La despersonalización presenta cinco síntomas fundamentales: [1] quejas de cambios en la experiencia corporal; [2] sentimientos de autómata (es decir, pérdida

de sentimientos de agencia); [3] entumecimiento emocional; [4] cambios en la experiencia subjetiva de las imágenes y los recuerdos autobiográficos; y [5] quejas de cambios en la percepción visual del entorno. A pesar de su aparente diversidad de síntomas, aún podría darse el caso de que la despersonalización podría ser el resultado de una experiencia única y generalizada de desapego que afecta igualmente todos los aspectos de la experiencia. Cuando se describe por separado con respecto a las emociones, la experiencia corporal, etc., esta experiencia de desprendimiento dominante puede dar lugar a la ilusión de múltiples síntomas. Sin embargo, el hecho de que no todos los síntomas están siempre presentes; que algunos parecen más estables que otros, o muestran intensidad diferencial, sugiere que al menos algunos de estos síntomas pertenecen a diferentes dominios experimentales, con mecanismos subyacentes potencialmente distintos (54).

#### **2.2.2.5. QUEJAS PSICOLÓGICAS**

Los síntomas de ansiedad a menudo ocurren en enfermedades profesionales crónicas, causando un alto grado de disfunción personal, social y ocupacional. La prevalencia de ansiedad entre los médicos varía del 18% al 35%. Los modelos actuales de ansiedad tienen como punto de partida la dicotomía: la ansiedad orientada al estímulo versus la ansiedad como respuesta. En la primera hipótesis, la ansiedad se ve como una respuesta a un estímulo específico (situaciones, pensamientos y emociones), mientras que, en la segunda, la ansiedad se explora como la respuesta emocional en sí misma, independientemente del estímulo. Existe evidencia de que los trastornos de ansiedad se asocian independientemente con una mala calidad de vida (51).

si el estrés continúa sin cesar, puede ocurrir agotamiento emocional. Si la situación de estrés continúa sin resolverse, tiene lugar una secuencia de desarrollo de tres fases. Es decir, el agotamiento emocional primero, después del cual tienden a desarrollarse dos fases más, la despersonalización y el bajo rendimiento personal. En esta tercera fase, el síndrome de burnout es evidente. El agotamiento de los recursos de afrontamiento que resulta del estrés no resuelto tiene un proceso fisiológico, que conduce a un síndrome de Adaptación General (53).

Solo los niveles de estrés severos conducen al agotamiento, ya que los humanos tienden a responder y adaptarse a la mayoría de los estresores no severos. Fisiológicamente, los niveles de azúcar en la sangre disminuyen a medida que las reservas de adrenalina se agotan, lo que lleva a una menor tolerancia al estrés. También hay agotamiento mental y físico progresivo, enfermedad y eventual colapso del cuerpo. En otras palabras, los niveles continuos de estrés dañan el sistema inmune, dejando al individuo propenso a la enfermedad, los cuidadores individuales pueden percibirse a sí mismos como no más competentes para alcanzar las metas establecidas, por lo tanto, la falta de logros personales y Burnout laboral es evidente (43).

el estrés es el principal punto de partida para el agotamiento, es posible sugerir que el agotamiento puede hacer que el cuerpo sea más propenso a las enfermedades. En el contexto de este estudio, también es posible sugerir que el agotamiento es una clara indicación de que los recursos, el sistema inmunitario y la capacidad mental

de las personas se han agotado, lo que hace que la persona sea más susceptible a la patología (57).

Las quejas psicológicas se caracterizan por la falta de energía posiblemente como resultado de intensas interacciones emocionales con los pacientes. Este agotamiento, también conocido como fatiga de compasión, puede coexistir con sentimientos de frustración y tensión. La implicación de esto puede sugerir que las personas pueden no continuar entregándose emocionalmente a sus pacientes como lo han hecho en el pasado. Los profesionales que cuidan y apoyan a pacientes con necesidades psicosociales y emocionales complejas pueden terminar agotándose emocionalmente. Este puede ser el punto en el que los profesionales de la salud adoptan formas psicológicas de protegerse, una de las cuales es la despersonalización de sus pacientes (47).

Existe un intento por parte de las enfermeras de poner distancia entre ellos y su trabajo al marginar activamente o ignorar aspectos que hacen que estos individuos sean únicos y efectivos. Esto puede ser un mecanismo psicológico para hacer que las demandas parezcan impersonales como una forma de gestionarlas. Por ejemplo, una enfermera que cuida a un paciente moribundo puede comenzar a evitar las preguntas de un paciente sobre su muerte inminente cambiando el tema, porque no puede evitar la muerte o prolongar la vida del paciente; ocurre cuando los cuidadores desarrollan actitudes y sentimientos cínicos negativos sobre sus pacientes. El distanciamiento es una reacción inmediata después del agotamiento como mecanismo de protección contra el agotamiento adicional (51).

#### **2.2.2.6. QUEJAS PSICOSOMÁTICAS**

Los trastornos musculoesqueléticos se producen debido al impacto de la carga de trabajo mental en los factores físicos y mentales. Se ha informado una alta tasa de incidencia por diversas tensiones ocupacionales (por ejemplo, alta carga de trabajo mental). Los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo son uno de los factores más importantes para la pérdida de tiempo de trabajo, la pérdida de mano de obra especializada y el aumento de la compensación (53).

La fatiga laboral se define como un cambio en el mecanismo de control del regulador del comportamiento relacionado con el trabajo (psicofisiológico), que perjudica las actividades mentales y físicas del individuo y su capacidad para cumplir con los requisitos laborales. Se pueden observar sentimientos como la sobrecarga impuesta, volverse más sensible, la tendencia a aislarse de la sociedad, el nivel de rendimiento reducido y la falta de energía para el trabajo cuando hay una sensación de fatiga y la necesidad de descansar. Además, este problema provoca fatiga mental y disminución de la motivación, la fatiga provoca dolor de cuello, espalda, cintura y piernas (45).

Los dolores de cabeza crónicos, caracterizados por dolores de cabeza recurrentes, que incluyen migraña, dolor de cabeza por tensión y dolor de cabeza en racimo, se encuentran entre los trastornos más comunes del sistema nervioso. Donde los estudios a menudo se han centrado en la migraña, otros tipos de dolores de cabeza han recibido menos atención. Con respecto al impacto del dolor de cabeza en el trabajo, los dolores de cabeza se han asociado con varios indicadores de capacidad

de trabajo reducida, se ha demostrado que los dolores de cabeza se relacionan tanto con un mayor ausentismo como con una menor productividad en el trabajo (49).

El estrés, definido como amenazas agudas a la homeostasis de un organismo, ya sean reales (físicas) o percibidas (psicológicas), y ya sean planteadas por eventos en el mundo exterior o desde el interior, evoca respuestas adaptativas que sirven para defender la estabilidad del entorno interno y asegurar la supervivencia del organismo. Sorprendentemente, a pesar de la amplia gama de diferentes tipos de estresores, algunos de los principales circuitos subyacentes la respuesta al estrés en estas circunstancias diferentes es notablemente similar. Sin embargo, mientras que las vías involucradas en la activación de las neuronas del vector hipotalámico duran Los estresores interoceptivos (infección intestinal, inflamación de la mucosa, hemorragia interna) pueden concebirse como respuestas reflejas simples, mediadas a nivel subcortical por el sistema involucrado en el procesamiento de la información visceral, los estresores exteroceptivos (psicológicos) activan circuitos en el cerebro anterior límbico, incluyendo la corteza prefrontal lateral y medial, el hipocampo y la amígdala (53).

La participación de los circuitos corticales desempeña un papel importante en el ajuste de la respuesta al estrés al contexto, el estado fisiológico del organismo, los recuerdos de eventos vitales estresantes pasados y las creencias sobre el significado subjetivo de la situación. Los sistemas de respuesta neurobiológica elaborados han evolucionado para orquestar una respuesta integrada que es más adecuada para responder a un factor estresante específico en una situación dada para un individuo

específico. Esta capacidad de defender la homeostasis (es decir, mantener la estabilidad) a través del cambio ha sido se conoce como alostasis. En el individuo sano, los sistemas de respuesta fisiológica se encienden y apagan rápidamente, sincronizando la respuesta de estrés fisiológico a la duración del estresor y limitando el tiempo de exposición del organismo a los efectos potencialmente dañinos de las respuestas al estrés. Sin embargo, hay varias situaciones en las que la gravedad o la cronicidad del factor estresante y los sistemas de respuesta fisiológica resultantes pueden causar daños, exacerbar los procesos de enfermedades existentes o predisponer al individuo a adquirir nuevas enfermedades, es decir, volverse inadaptado (50).

El resultado del estrés patológico en el paciente está determinado no solo por la duración, la gravedad y el tipo de estresor, sino también por otros factores, como la genética, las experiencias tempranas de la vida, los factores cognitivos y el apoyo ambiental. Estresores físicos y psicológicos Los estresores sistémicos o interoceptivos, en el contexto de los cuatro trastornos gastrointestinales crónicos mencionados anteriormente, pueden ocurrir en forma de inflamación de la mucosa o irritación de los tejidos por exposición excesiva al ácido (48).

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**ESTRÉS**, son las respuestas no específicas que resultan de una variedad de diferentes tipos de estímulos, se produce cuando las personas perciben que las demandas de situaciones externas están más allá de su capacidad de afrontamiento; es el proceso de interacción de las solicitudes de resolución del entorno (1).

**HOSTILIDAD AFECTIVA**, es una característica disposicional en la que uno experimenta enojo frecuente, con intensidad variable, y a menudo se acompaña de emociones negativas relacionadas, como la envidia, el resentimiento y el odio. Existe una considerable superposición de constructos entre las disposiciones hostiles y el rasgo de ira, se ha propuesto un modelo de tres factores de rasgo de ira, que incluye el afecto relacionado con la ira, el comportamiento (es decir, la agresión) y las cogniciones (es decir, cinismo) (6).

**AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN**, es evitar implicarse o alejarse de las amenazas o los resultados negativos, se asocian con resultados de salud física y psicológica más pobres, aunque existen contextos en los que la evitación puede ser relativamente adaptativa (por ejemplo, en las primeras etapas de enfrentar el estrés; cuando existe poco que se pueda hacer para alterar el estrés) (33).

**MANEJO DEL ESTRÉS**, las técnicas e intervenciones para el manejo del estrés pueden clasificarse en términos generales en habilidades que se brindan a través de la educación, el entrenamiento de relajación, las intervenciones psicosociales y los formatos grupales, solos o en combinación, que tienen como objetivo reducir la



respuesta al estrés mediante estrategias de afrontamiento y habilidades de relajación (60).

DEMANDAS DE TRABAJO, son aspectos de cualquier trabajo que incluyen los costos para la persona que completa las tareas necesarias para el trabajo, las demandas físicas son a menudo las demandas laborales más obvias, los costos psicológicos, fisiológicos, sociales y organizacionales también están presentes en las demandas de cualquier trabajo. El modelo de demanda y recursos laborales es un modelo popular actual para explorar las demandas laborales al incorporar también recursos laborales y encontrar un equilibrio entre ellos para reducir la tensión laboral (42).

ESTRÉS EMOCIONAL, implica la experiencia del afecto negativo, como la ansiedad, en el contexto de una respuesta de estrés fisiológico que incluye cambios cardiovasculares y hormonales. El estrés emocional ocurre comúnmente cuando un individuo percibe que él o ella no tiene los recursos personales adecuados para satisfacer las demandas situacionales de manera efectiva (29).

EMOCIONALIDAD NEGATIVA, se refiere a la tendencia de un individuo a experimentar afecto negativo o estados emocionales negativos (por ejemplo, ira, ansiedad, hostilidad, tristeza); los que tienen un alto nivel de neuroticismo reaccionan más fuertemente a los estímulos negativos (p. ej., amenaza, frustración, pérdida) que los que tienen poco neuroticismo (61).

PENSAMIENTOS NEGATIVOS, los pensamientos negativos son cogniciones sobre uno mismo, los demás o el mundo en general que se caracterizan por

percepciones, expectativas y atribuciones negativas y se asocian con emociones desagradables y resultados adversos de comportamiento, fisiológicos y de salud; son componentes cognitivos de variables psicosociales negativas, como síntomas depresivos, ansiedad, soledad y hostilidad (49).

ATENCIÓN PRIMARIA, es la atención brindada por profesionales específicamente capacitados y capacitados en el primer contacto integral y atención continua para personas con cualquier signo, síntoma o problema de salud no diagnosticado (el paciente "indiferenciado") no limitado por el origen del problema (biológico, conductual o social), sistema de órganos o diagnóstico; incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, asesoramiento, educación del paciente, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en una variedad de entornos de atención médica (por ejemplo, consultorio, hospitalización, atención crítica, atención a largo plazo, atención domiciliaria, etc.) (27).

SALUD RURAL, es el estudio interdisciplinario de la salud y la prestación de asistencia sanitaria en entornos rurales; incorpora muchos campos, incluyendo geografía, sociología, economía y telesalud; las necesidades de atención de salud de las personas que viven en áreas rurales son diferentes de las de las áreas urbanas, y las áreas rurales a menudo sufren de falta de acceso a la atención médica. Estas diferencias son el resultado de factores de salud geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales y personales (25).

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS

#### 3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout es que: a mejor resiliencia; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021

#### 3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la resiliencia en referencia a la **fortaleza** y el síndrome de Burnout es que: a mejor resiliencia en referencia a la **fortaleza**; menor síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021
2. La relación entre la resiliencia en referencia a la **autoconfianza** y el síndrome de Burnout es que: a mejor resiliencia en referencia a la **autoconfianza**; menor síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021
3. La relación entre la resiliencia en referencia al **optimismo** y el síndrome de Burnout es que: a mejor resiliencia en referencia al **optimismo**; menor síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021

### **3.3. VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Resiliencia en profesionales de enfermería

VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Estado civil
- Trabajo en otro lugar
- Estudio de post grado
- Tiempo que labora en la institución
- Número de hijos

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE 1: RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Resiliencia en profesionales de enfermería	Es la capacidad de las enfermeras de: resistir, autocorregirse, adaptarse, superar y crecer profesionalmente ante las condiciones adversas de su trabajo	FORTALEZA	Es la capacidad para desempeñarse de manera consistente en el rango superior de nuestros talentos y habilidades sin importar cuales sean las circunstancias competitivas.	Me concentro	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
				No me rindo		
				No se desanima		
				Considero persona fuerte		
				Gustan los desafíos		
				Lidera resolución de problemas		
				Tomo decisiones difíciles		
				Lidiar con todo		
		Trabajo por metas				
		AUTOCONFIANZA	Es la confianza en sí mismo respecto a determinados atributos, tales como habilidades para la vida, toma de decisiones, poder, entre otros.	Enorgullece logros.		
				Relaciones cercanas y seguras		
				Pide ayuda		
				Confianza por éxito pasado		
				Logra objetivos		

				Adaptación al cambio		
				Sensación de control		
				Búsqueda de causas		
		OPTIMISMO	Es la actitud o tendencia de ver y juzgar las cosas en su aspecto positivo, o más favorable.	Manejo de sentimientos		
				Acción intuitiva		
				Sentido de propósito		
				Ver lado humorístico		
				Recuperación ante dificultad		
				Fortalecimiento al afrontar		
				Mejor esfuerzo		
				El destino puede ayudar		

VARIABLE 2: SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SÍNDROME DE BURNOUT	Es la sensación permanente de agotamiento emocional, físico y mental; acompañado de actitudes y sentimientos negativos hacia el rol profesional y las personas con las que se trabaja	AGOTAMIENTO	Es un cansancio extremo, cuando alguien se encuentra al límite de su capacidad física y mental y no puede realizar un nuevo esfuerzo.	Mentalmente exhausto	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
				Hago con mucho esfuerzo		
				Difícil recuperar mi energía		
				Físicamente exhausto		
				Por la mañana falta energía		
				No puedo estar activo		
				Me esfuerzo y me canso		
		Exhausto al final del día				
		DISTANCIA MENTAL	Es mantener alejado cognitivo y emocionalmente de determinados aspectos del trabajo.	Poco entusiasmo		
				Aversión al trabajo		
				Indiferente en mi trabajo		
				Poco significado de trabajo		
		DETERIORO COGNITIVO	Es el declive de las funciones cognitivas. La pérdida de memoria y concentración es la más frecuente.	Problemas en mantener concentración		
				No pensar con claridad		
				Olvidadizo y distraído		
Problemas de concentración						
			Errores por pensar en otras cosas			
			Incapaz de controlar emociones			

		DETERIORO EMOCIONAL	Es el declive de capacidad de controlar el estado de ánimo, los sentimientos y las reacciones emocionales	Mala reacción emocional		
				Irritable por todo		
				Enojo y tristeza sin motivo		
				Reacción exagerada sin querer		
		QUEJAS PSICOLÓGICAS	Presencia de problemas para manejar situaciones cotidianas con reacciones intensas de insomnio, tensión, ansiedad, estrés, etc.	Problemas para dormir		
				Preocupación		
				Tensión y estrés		
				Ansioso con ataques de pánico		
				Molestia por ruido y multitud		
		QUEJAS PSICOSOMÁTICAS	Frecuente presencia de problemas orgánicos después de la jornada laboral o ante situaciones conflictivas en el trabajo.	Palpitaciones o dolor de pecho		
				Molestias estomacales y/o intestinales		
				Dolores de cabeza		
				Dolor muscular		
				Sensación de enfermedad		



## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Todo el estudio respondió al método científico; debido a que se garantizó la objetividad, dado que los resultados y conclusiones se basaron en las percepciones empíricas realizadas por las investigadoras; asimismo se plantearon hipótesis que fueron comprobadas por medio de datos recolectados de la realidad; en la valoración de la realidad se evitó todo tipo de subjetividad. Asimismo, el estudio fue sistemático, porque cada una de sus partes están interrelacionadas y responden a un criterio lógico racional. También si se volvieran a repetir todos los procedimientos metodológicos se alcanzarían los mismos resultados, además se cumple con el principio de falsabilidad, y se admite que los resultados tienen validez provisional hasta que aparezcan evidencias contradictorias.

En la investigación se empleó el método inductivo; porque a partir de hechos particulares de la resiliencia y el síndrome de burnout en enfermeras se buscarán alcanzar conclusiones y proposiciones generales como; que, la mejora de la resiliencia incrementa los recursos y las acertadas forma de proceder ante situaciones adversas en la práctica profesional de enfermería de ese modo se reducen la circunstancias estresantes que a su vez reduce la posibilidad de padecer el síndrome de burnout, en consecuencia no se ve afectada la calidad del servicio (62).

Se empleó el método estadístico - inferencial, porque la investigación pretende estimar parámetros a partir de los estadígrafos calculados en una muestra representativa (63).

#### **4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

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

**Básica**, porque el propósito y orientación de la investigación fue encontrar conocimientos que nos permitieron comprender mejor el fenómeno estudiado; no existe aplicación o uso inmediato de los resultados del estudio en la solución de algún problema práctico; los hallazgos de esta investigación no tendrán valor económico transable (64).

**Cuantitativa**, porque el énfasis en la recopilación y el análisis de información fue en forma de numérica. Existe conectividad entre la observación empírica y la expresión matemática de relaciones. Existe un proceso iterativo en el que la evidencia se evalúa y las hipótesis y teorías se refinan con el enfoque estadístico, comienza con la recopilación de datos basada en una hipótesis o teoría y se sigue con la aplicación de estadísticas descriptivas e inferenciales.

**Transversal**, la información reportada por las enfermeras por medio de cuestionarios se realizó en un único momento y en una sola oportunidad.

**Observacional**, las investigadoras registraron los fenómenos tal como aparecen en la realidad, no hicieron ningún tipo de interferencia o manipulación de las variables, para que puedan ser captadas de la manera más genuina posible (65).

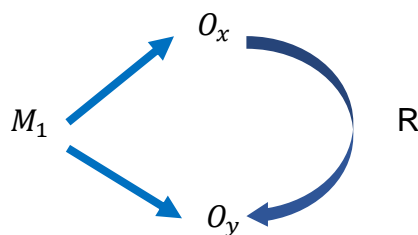
### 4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Es de nivel relacional, debido a que se han estudiado las relaciones entre dos o más variables sin intentar influir en ellas. Se investigó la posibilidad de relaciones entre dos variables. No hubo manipulación de variables en la investigación correlacional. Existe una relación de magnitud suficiente entre las dos variables y es posible predecir una puntuación en cualquiera de las variables al conocer una puntuación en la otra variable, además no se incurrió en la manipulación de las variables (66).

### 4.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Las características de esta investigación la sitúan como un diseño correlacional (67).

Se estructura del siguiente modo:



Donde:

$O_x$  = Colección de observaciones sobre la resiliencia en profesionales de enfermería

$O_y$  = Colección de observaciones sobre el síndrome de burnout en licenciadas en enfermería

R = Posible vínculo entre las variables

$M_1$  = Colección muestral unitaria

## **4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.5.1. POBLACIÓN**

Se tomó como población a 123 profesionales de enfermería que trabajaban en las unidades de atención de la Microred de salud de Concepción en el 2021, además se ajustaban a las siguientes normas de inclusión y exclusión.

#### **4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Licenciadas en enfermería que admitieron a colaborar libremente en la investigación.
2. Licenciadas en enfermería que estaban trabajando por un periodo mayor a 2 años en la institución.
3. Licenciadas en enfermería que negaban tener proceso disciplinario institucional pendiente.
4. Licenciadas en enfermería que laboraban en la atención directa a los usuarios.

#### **4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Licenciadas en enfermería que estaban adyacentes al proceso de jubilación.
2. Licenciadas en enfermería que refirieron tener problemas de salud física que impidan responder a las preguntas.

#### 4.5.2. MUESTRA

El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones. Se eligió a los integrantes de la muestra vía el método del muestreo aleatorio simple (todo integrante de la población poseía igual opción de salir como parte del grupo muestral).

*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 resilientes y sin síndrome de burnout (86 %, de acuerdo a Yang J, Tang S, Zhou W, 2017)
- q : Proporción de enfermeras resilientes y con síndrome de burnout (14 %)
- e : Error de estimación será de 0.05

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{123 * 0.86 * 0.14 * 1.96^2}{0.05^2 * (123 - 1) + 0.86 * 0.14 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{123 * 0.1204 * 3.84}{0.0025 * (122) + 0.1204 * 3.84}$$

$$n = \frac{56.89}{0.305 + 0.463}$$

$$n = \frac{56.89}{0.767}$$

$$n = 74.122$$

$$n = 74$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 76 enfermeras que laboraban en la Microred de Salud de Concepción en el 2021.

## 4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 4.6.1. PARA VALORAR LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” elaborada en el 2003. El instrumento consta de 25 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden fortaleza con 9 reactivos (1 al 9), autoconfianza con 8 reactivos (10 al 17) y optimismo con 8 reactivos (18 al 25).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

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 20) = muy mala resiliencia, de (20.1 a 40) = mala resiliencia, de (40.1 a 60) = mediana resiliencia, de (60.1 a 80) = buena resiliencia y de (80.1 a 100) = muy buena resiliencia.

Como no existen estudios regionales que hallan comprobado la validez en el ámbito local del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud Chilca, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su **validez por constructo**; hallandose un coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo (KMO) = 0.842; que indica un buen nivel de validez; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la **validez de contenido**, las



expertas fueron 4 licenciadas en enfermería con grado de magíster con experiencia en manejo de personal; quienes calificaron al instrumento como bueno o muy bueno.

Para corroborar la **confiabilidad** se emplearon los datos de prueba piloto antes mencionada; y se obtuvo un alfa de Cronbach = 0,838 que indica un buen nivel de confiabilidad.

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

Se utilizó como técnica de recolección la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario general de evaluación del burnout”, diseñado por Schaufeli W, De Witte H, Desart S. en el 2018, en su versión de 32 ítems, evalúa seis dimensiones: que miden agotamiento con 8 reactivos (1 al 8), distancia mental con 4 reactivos (9 al 12), deterioro cognitivo con 5 reactivos (13 al 17), deterioro emocional con 5 reactivos (18 al 22), quejas psicológicas con 5 reactivos (23 al 27) y quejas psicósomáticas con 5 reactivos (28 al 32).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0= nunca, 1= a veces, 2= de forma regular, 3= casi siempre y 4= siempre.

Para dar significado global al instrumento, se suman los valores obtenidos para cada pregunta y se interpreta de acuerdo a la siguiente escala: Inexistente síndrome de burnout [0 a 25.6], bajo síndrome de burnout [25.7 a 51.2], moderado síndrome de burnout [51.3 a 76.8], alto síndrome de burnout [76.9 a 102.4] y muy alto síndrome de burnout [102.5 a 128].

Como no existen estudios regionales que hallan comprobado la validez en el ámbito local del instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud Chilca, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su **validez por constructo**; hallandose un coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo (KMO) = 0.817; que indica un buen nivel de validez; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la **validez de contenido**, las expertas fueron 4 licenciadas en enfermería con grado de magíster con experiencia en manejo de personal; quienes calificaron al instrumento como bueno o muy bueno.

Para corroborar la **confiabilidad** se emplearon los datos de prueba piloto antes mencionada; y se obtuvo un alfa de Cronbach = 0,837 que indica un buen nivel de confiabilidad.

Se utilizaron los implementos de bioseguridad necesarios para evitar toda posibilidad de contagio por covid 19. Los cuestionarios fueron entregados en un sobre lacrado y se orientó a la enfermera sobre la forma de rellenar los cuestionarios por sesiones virtuales vía Google Meet; de forma posterior los cuestionarios rellenos fueron recogidos en un sobre lacrado.

#### **4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

##### **PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS**

Los datos recolectados, fueron revisados y registrados en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2016, que luego fue exportado al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar el grado de resiliencia 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.

## **PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS**

Para comprobar la asociación entre la resiliencia 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 confirmó la normalidad de los datos, por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

También se aplicó la prueba t para correlaciones, para poder probar las hipótesis de forma más analítica. Se utilizó el “p valor” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ( $\alpha \leq 0.05$ ).

## **PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS**

- Se comprobó la normalidad de los datos.
- Se estableció la hipótesis nula y la alterna ( $H_0$ ,  $H_1$ ).
- Se eligió el tipo de prueba a 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**

Se tomó en consideración a los siguientes principios bioéticos:

Autonomía, las enfermeras tuvieron plena libertad, fueron independientes y no existió ningún tipo de coacción para poder elegir o no su participación en la investigación; se les invitó a participar y firmaron el consentimiento informado como señal de aceptación. Se aseguró que las enfermeras comprendan bien las características e implicancias de la investigación.

Beneficencia, se procuró un beneficio futuro; al comprobar el vínculo entre las variables estudiadas; se pudo derivar medidas beneficiosas a las enfermeras; además se ajustó de manera estricta al método científico para que los resultados y conclusiones sean válidas y la aplicación de las recomendaciones sean provechosas.

No maleficencia, se evitó cualquier tipo de situación potencialmente dañina a la integridad física, psicológica o moral; o que afecte la reputación profesional de las enfermeras; en consecuencia, existió estricta confidencialidad en el manejo de la información proveniente de las enfermeras.

Justicia, los beneficios y los riesgos fueron distribuidos por igual entre las enfermeras participantes; se evitó hacer mal uso del tiempo ofrecido por las enfermeras para colaborar con el estudio; todos los recursos fueron utilizados de manera eficiente.

En todos los procesos realizados se amoldó de forma estricta a los principios y normas de ética de la investigación establecidas por la Universidad Peruana Los Andes que son:

Art, 27°, PRINCIPIOS QUE RIGEN LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA

Se siguió los principios consignados en este artículo; se actuò bajo: el respeto del consentimiento informado y expreso, la beneficencia y no maleficencia, la responsabilidad y veracidad.

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

El desarrollo de la investigación estuvo regido en las normas que indican este artículo; remarcando: el rigor científico y la confidencialidad. Además de destacar que el estudio es original y genuino.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

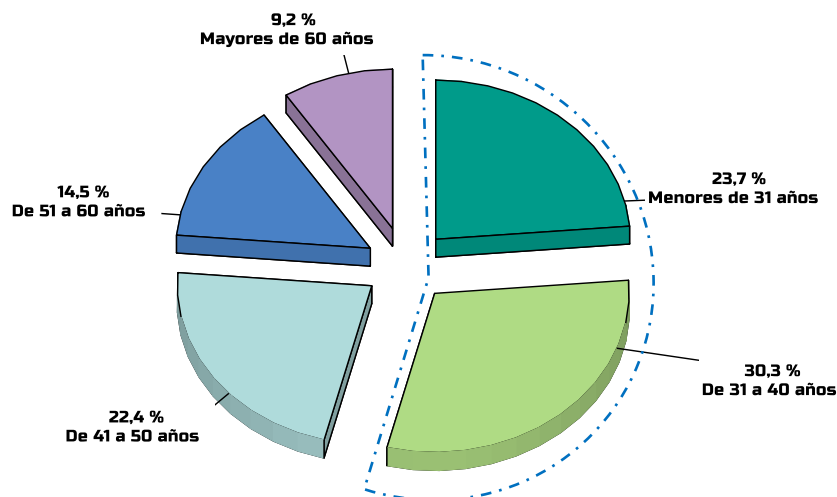
##### 5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

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

	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 31 años	18	23,7
De 31 a 40 años	23	30,3
De 41 a 50 años	17	22,4
De 51 a 60 años	11	14,5
Mayores de 60 años	7	9,2
Total	76	100,0

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

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



#### EDAD DE LAS ENFERMERAS

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

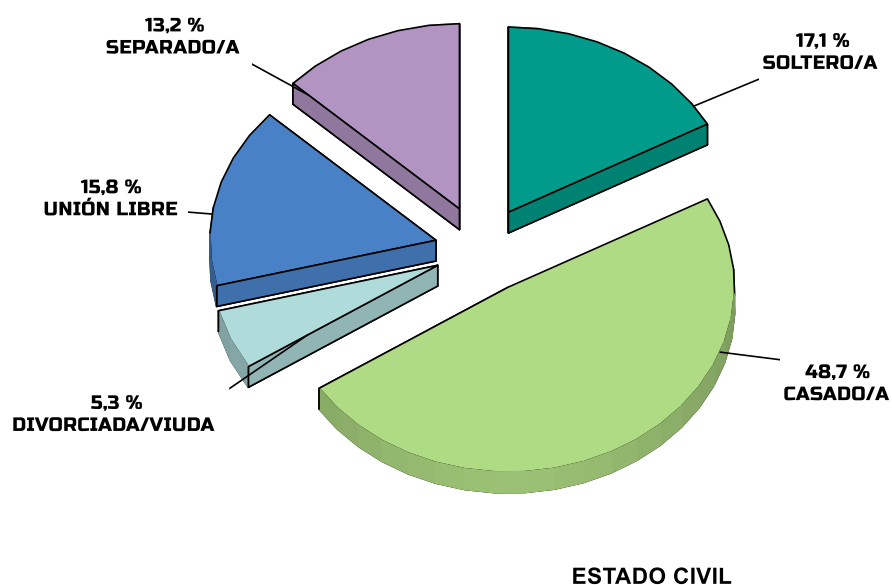
En la Tabla 1, Figura 1, se aprecia que; de 76(100 %), 41(54.0 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, son menores de 40 años.

**TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	13	17,1
Casado/a	37	48,7
Divorciada/viuda	4	5,3
Unión libre	12	15,8
Separado/a	10	13,2
Total	76	100,0

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

**FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” – 2021**



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

En la Tabla 2, Figura 2, se aprecia que; de 76(100 %), 37(48.7 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, son casadas.

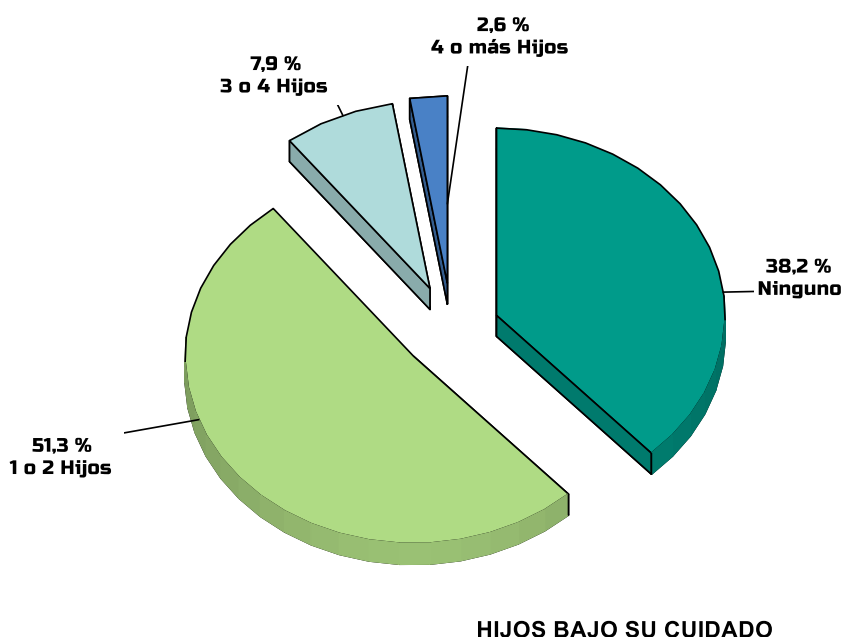


**TABLA 3: HIJOS BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	29	38,2
1 o 2 Hijos	39	51,3
3 o 4 Hijos	6	7,9
4 o más Hijos	2	2,6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

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

**FIGURA 3: HIJOS BAJO EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

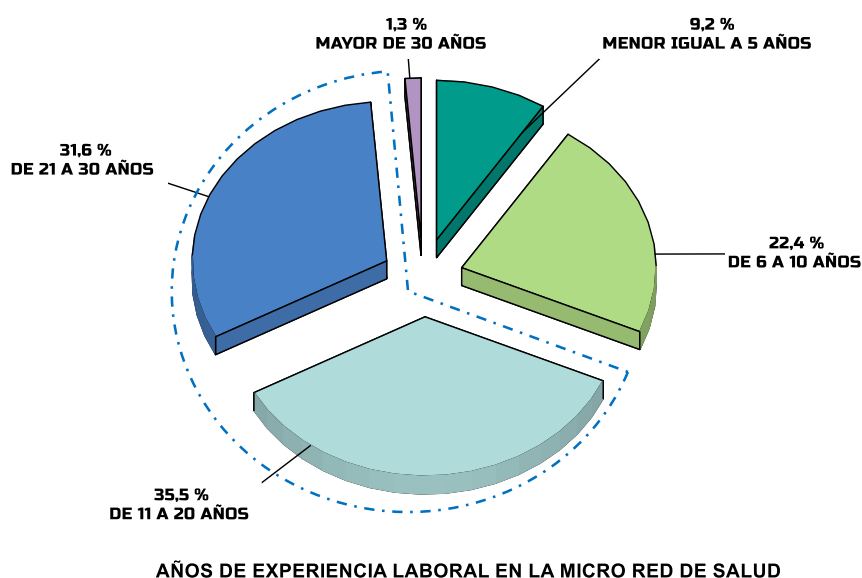
En la Tabla 3, Figura 3, se aprecia que; de 76(100 %), 39(51.3 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, tiene de 1 a 2 hijos bajo su cuidado.

**TABLA 4: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
MENOR IGUAL A 5 AÑOS	7	9,2
DE 6 A 10 AÑOS	17	22,4
DE 11 A 20 AÑOS	27	35,5
DE 21 A 30 AÑOS	24	31,6
MAYOR DE 30 AÑOS	1	1,3
Total	76	100,0

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

**FIGURA 4: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

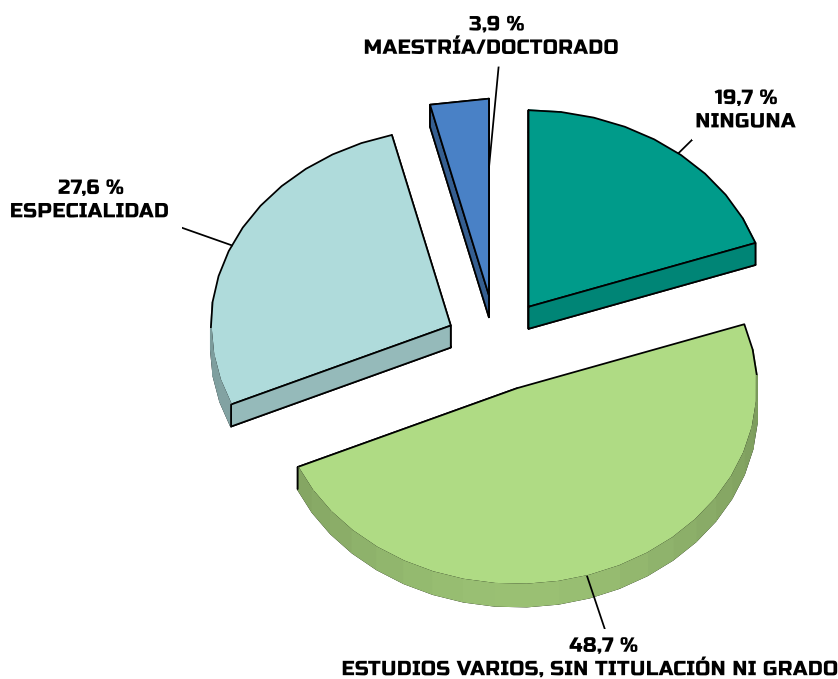
En la Tabla 4, Figura 4, se aprecia que; de 76(100 %), 51(67.1 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, tiene de 11 a 30 años de experiencia laboral en esta Micro Red de Salud.

**TABLA 5: ESTUDIOS POST LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	15	19,7
ESTUDIOS VARIOS, SIN TITULACIÓN NI GRADO	37	48,7
ESPECIALIDAD	21	27,6
MAESTRÍA/DOCTORADO	3	3,9
Total	76	100,0

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

**FIGURA 5: ESTUDIOS POST LICENCIATURA DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



**ESTUDIOS POST - LICENCIATURA**

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

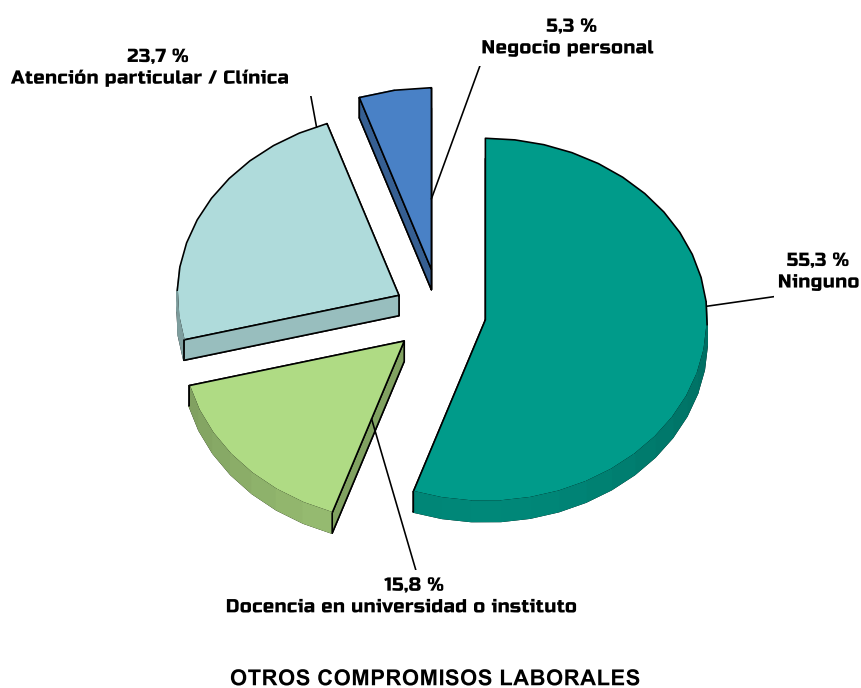
En la Tabla 5, Figura 5, se aprecia que; de 76(100 %), 21(27.6 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, son especialistas.

**TABLA 6: OTROS COMPROMISO LABORALES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	42	55,3
Docencia en universidad o instituto	12	15,8
Atención particular / Clínica	18	23,7
Negocio personal	4	5,3
Total	76	100,0

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

**FIGURA 6: OTROS COMPROMISO LABORALES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

En la Tabla 6, Figura 6, se aprecia que; de 76(100 %), 42(55.3 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, no tienen otra ocupación laboral además del que realizan en la Micro Red de Salud en referencia.

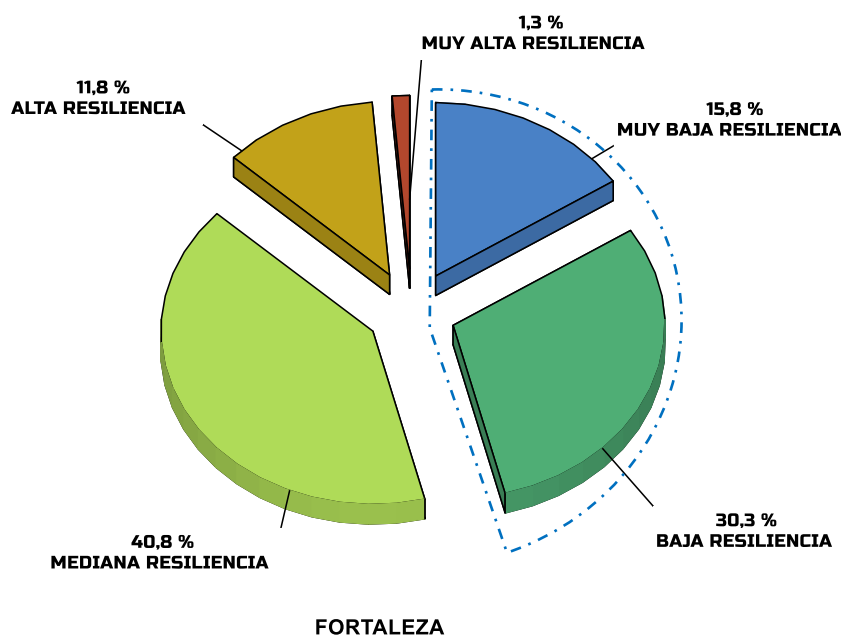
### 5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 7: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN FORTALEZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja resiliencia	12	15,8
Baja resiliencia	23	30,3
Mediana resiliencia	31	40,8
Alta resiliencia	9	11,8
Muy alta resiliencia	1	1,3
Total	76	100,0

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

FIGURA 7: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN FORTALEZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021



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

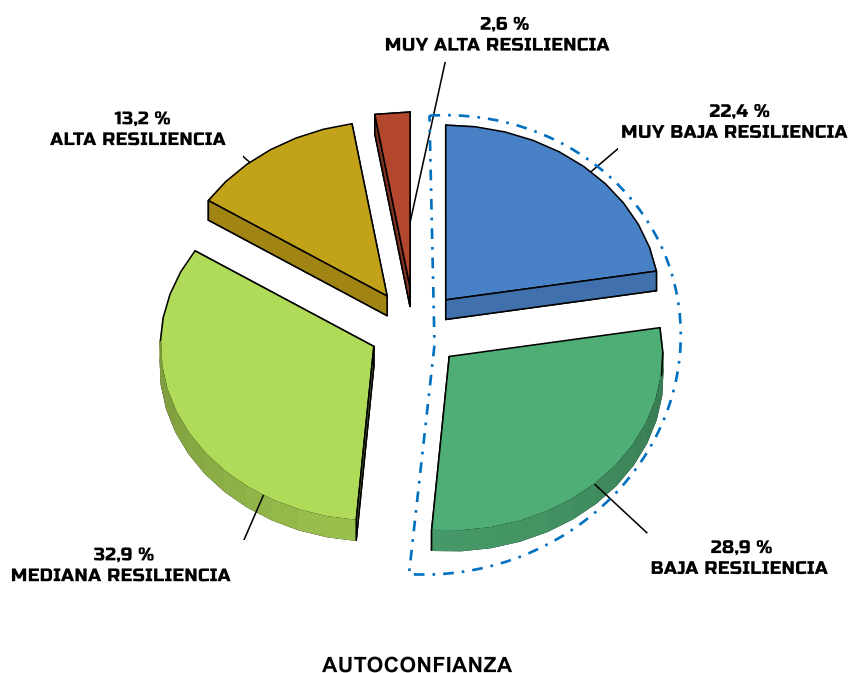
En la Tabla 7, Figura 7, se aprecia que; de 76(100 %), 35(46.1 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen baja o muy baja resiliencia en su dimensión fortaleza.

**TABLA 8: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN AUTOCONFIANZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja resiliencia	17	22,4
Baja resiliencia	22	28,9
Mediana resiliencia	25	32,9
Alta resiliencia	10	13,2
Muy alta resiliencia	2	2,6
Total	76	100,0

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

**FIGURA 8: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN AUTOCONFIANZA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

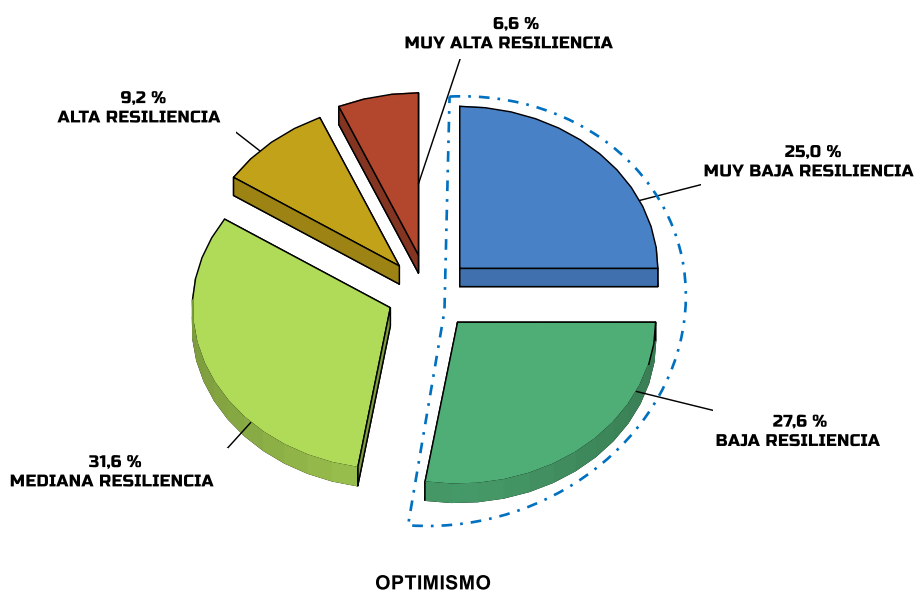
En la Tabla 8, Figura 8, se aprecia que; de 76(100 %), 39(51.3 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen baja o muy baja resiliencia en su dimensión autoconfianza.

**TABLA 9: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN OPTIMISMO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja resiliencia	19	25,0
Baja resiliencia	21	27,6
Mediana resiliencia	24	31,6
Alta resiliencia	7	9,2
Muy alta resiliencia	5	6,6
Total	76	100,0

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

**FIGURA 9: RESILIENCIA EN SU DIMENSIÓN OPTIMISMO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

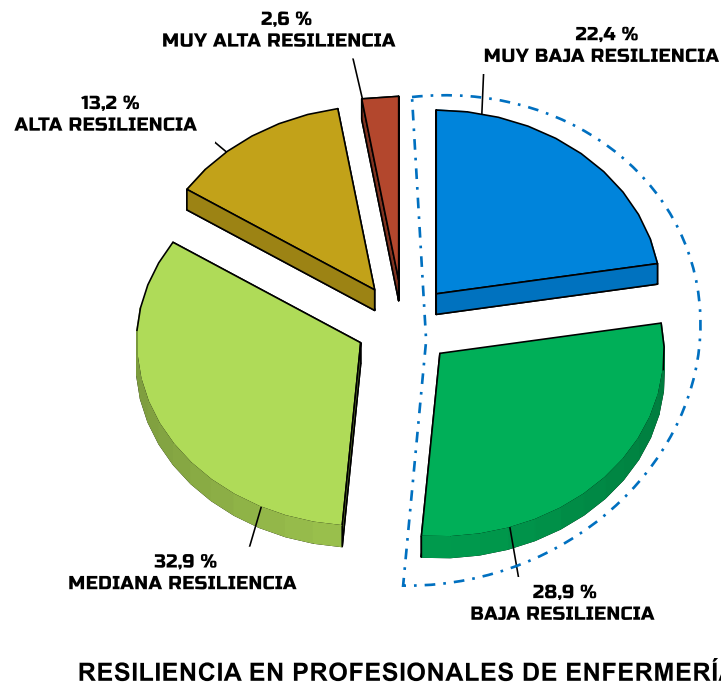
En la Tabla 9, Figura 9, se aprecia que; de 76(100 %), 40(52.6 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen baja o muy baja resiliencia en su dimensión optimismo.

**TABLA 10: CONSOLIDADO DE RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja resiliencia	17	22,4
Baja resiliencia	22	28,9
Mediana resiliencia	25	32,9
Alta resiliencia	10	13,2
Muy alta resiliencia	2	2,6
Total	76	100,0

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

**FIGURA 10: CONSOLIDADO DE RESILIENCIA EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

En la Tabla 9, Figura 9, se aprecia que; de 76(100 %), 39(51.3 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen baja o muy baja resiliencia.



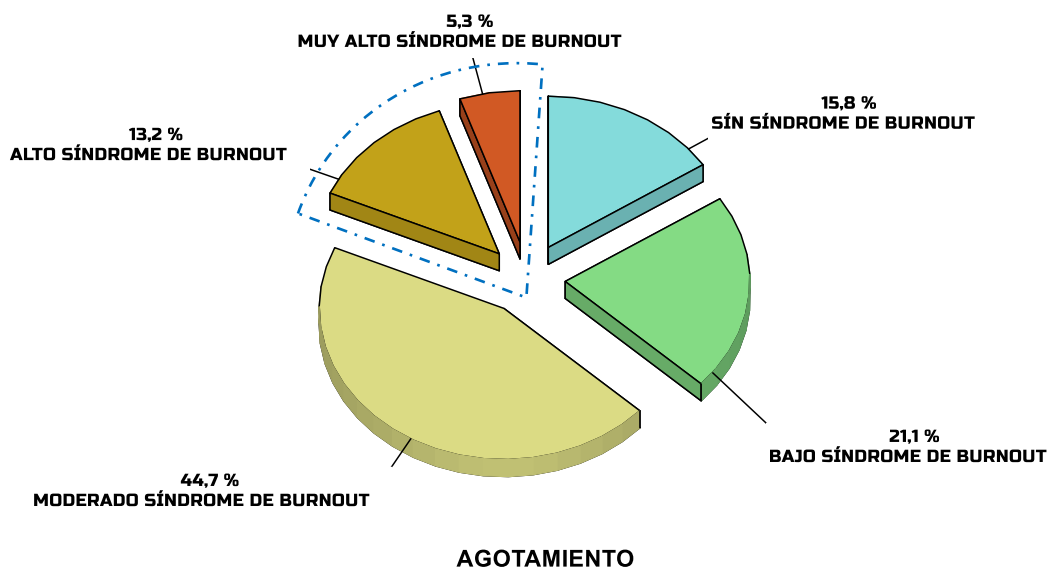
### 5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TABLA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	12	15,8
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	16	21,1
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	34	44,7
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	10	13,2
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	4	5,3
Total	76	100,0

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

FIGURA 11: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN AGOTAMIENTO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021



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

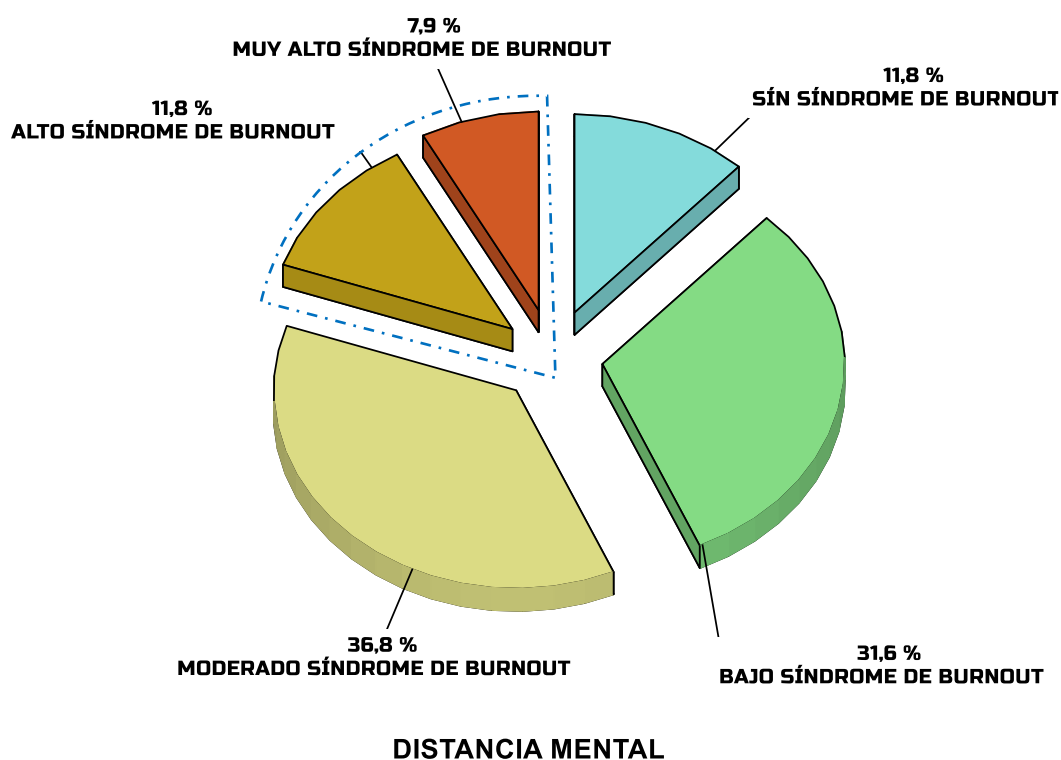
En la Tabla 10, Figura 10, se aprecia que; de 76(100 %), 14(18.5 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión agotamiento.

**TABLA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DISTANCIA MENTAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	9	11,8
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	24	31,6
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	28	36,8
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	9	11,8
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	6	7,9
Total	76	100,0

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

**FIGURA 12: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DISTANCIA MENTAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

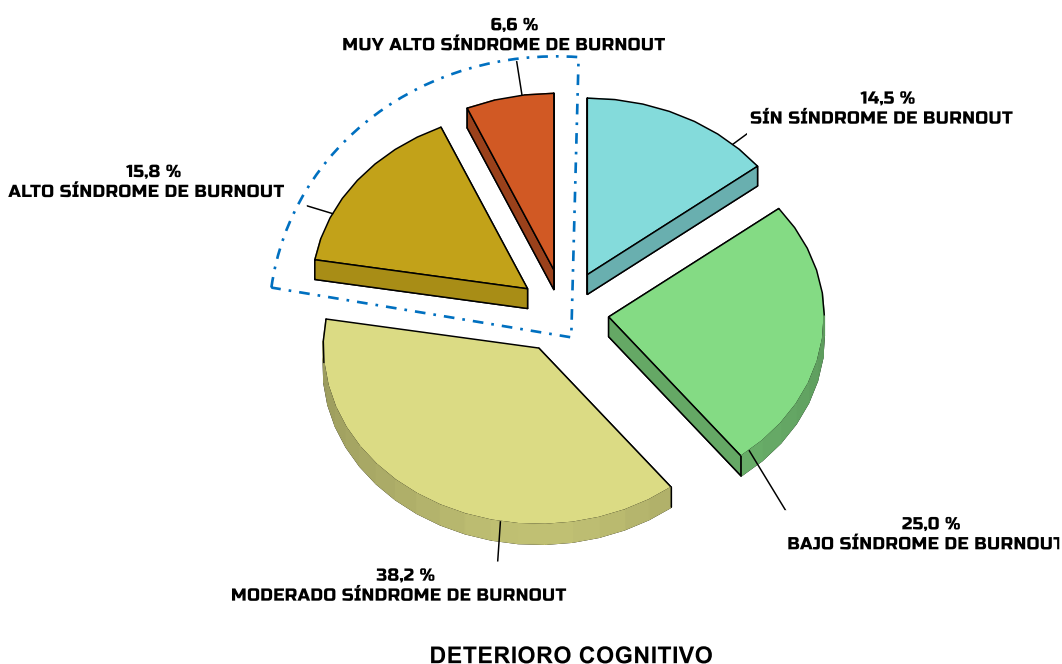
En la Tabla 11, Figura 11, se aprecia que; de 76(100 %), 15(19.7 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión distancia mental.

**TABLA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO COGNITIVO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	11	14,5
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	19	25,0
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	29	38,2
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	12	15,8
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	5	6,6
Total	76	100,0

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

**FIGURA 13: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO COGNITIVO EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

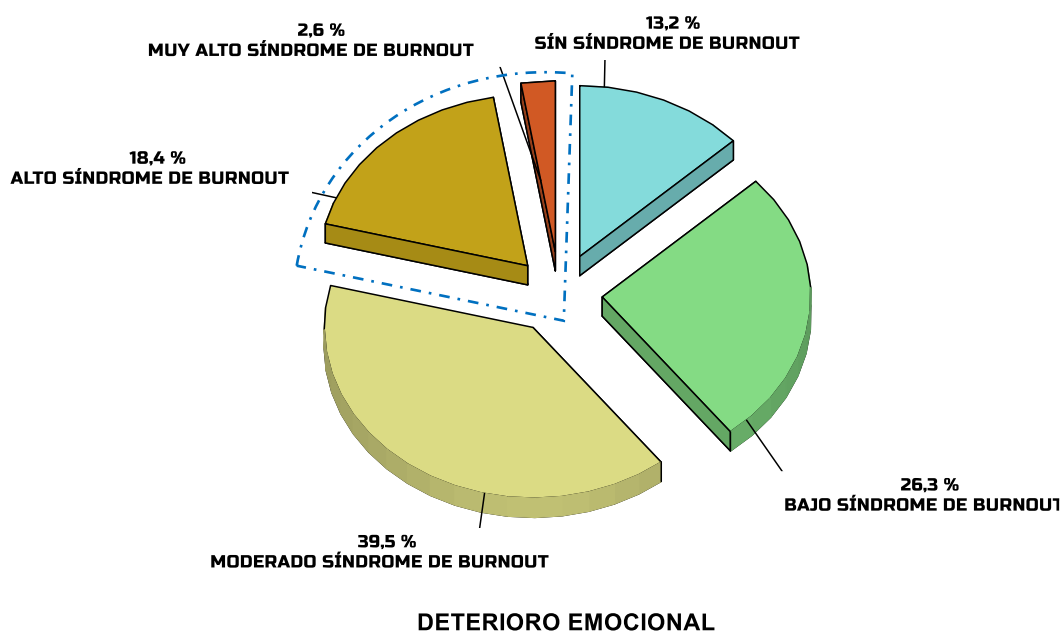
En la Tabla 12, Figura 12, se aprecia que; de 76(100 %), 17(22.4 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión deterioro cognitivo.

**TABLA 14: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	10	13,2
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	20	26,3
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	30	39,5
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	14	18,4
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	2	2,6
Total	76	100,0

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

**FIGURA 14: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN DETERIORO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



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

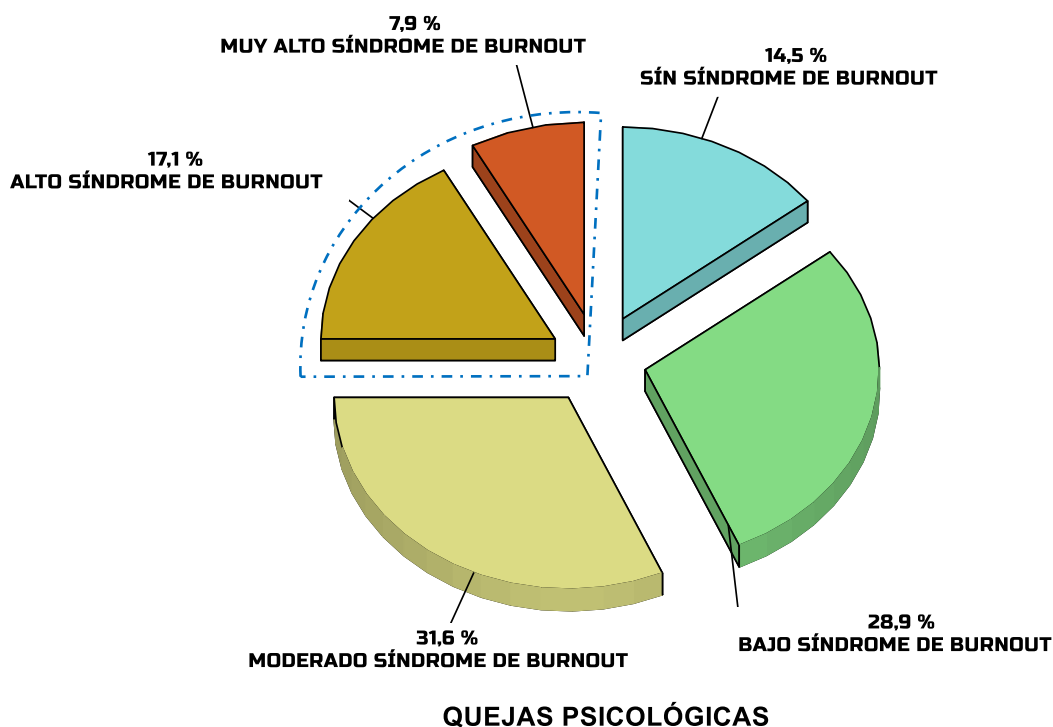
En la Tabla 13, Figura 13, se aprecia que; de 76(100 %), 16(21.0 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión deterioro emocional.

TABLA 15: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOLÓGICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	11	14,5
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	22	28,9
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	24	31,6
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	13	17,1
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	6	7,9
Total	76	100,0

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

FIGURA 15: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOLÓGICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021



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

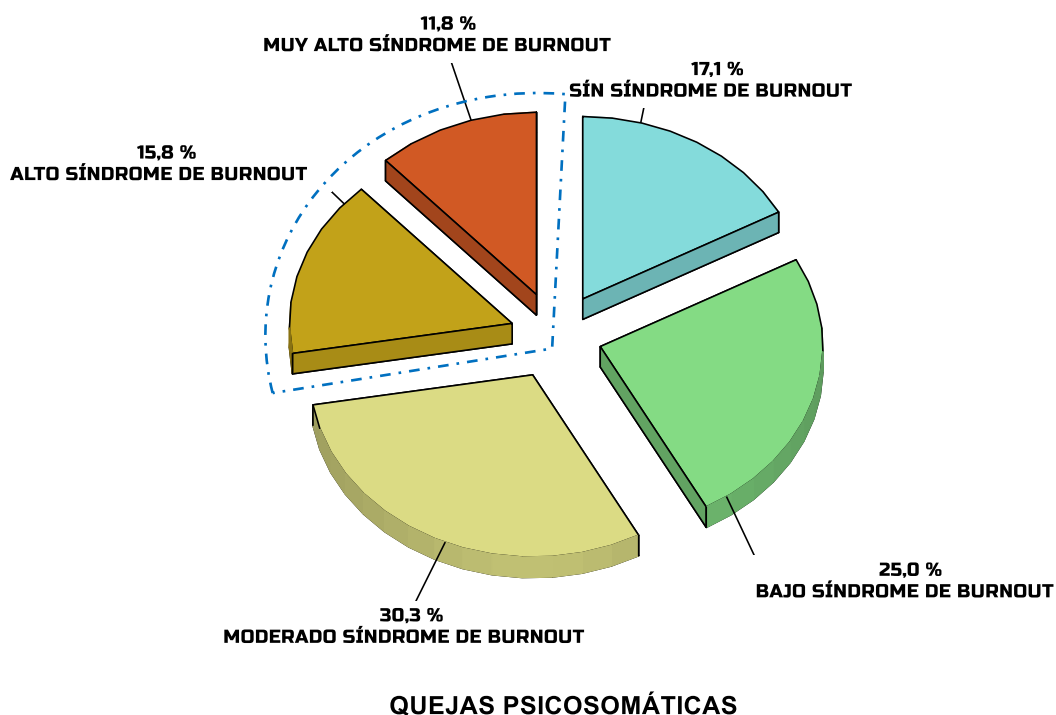
En la Tabla 14, Figura 14, se aprecia que; de 76(100 %), 16(21.0 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión quejas psicológicas.

TABLA 16: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOSOMÁTICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	13	17,1
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	19	25,0
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	23	30,3
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	12	15,8
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	9	11,8
Total	76	100,0

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

FIGURA 16: SÍNDROME DE BURNOUT EN SU DIMENSIÓN QUEJAS PSICOSOMÁTICAS EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021



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

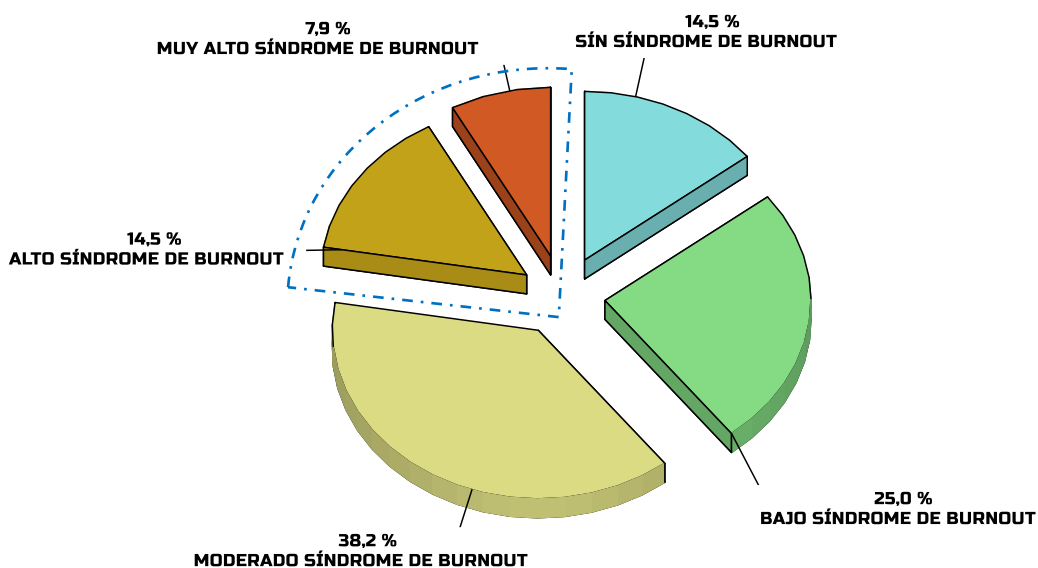
En la Tabla 14, Figura 14, se aprecia que; de 76(100 %), 21(27.6 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout en su dimensión quejas psicosomáticas.

**TABLA 17: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SÍNDROME DE BURNOUT	11	14,5
BAJO SÍNDROME DE BURNOUT	19	25,0
MODERADO SÍNDROME DE BURNOUT	29	38,2
ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	11	14,5
MUY ALTO SÍNDROME DE BURNOUT	6	7,9
Total	76	100,0

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

**FIGURA 17: CONSOLIDADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA MICRO RED DE SALUD “CONCEPCIÓN” - 2021**



**SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

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

En la Tabla 16, Figura 16, se aprecia que; de 76(100 %), 17(22.4 %) de las enfermeras que laboran en la Micro Red de Salud “Concepción”, poseen alto o muy alto Síndrome de Burnout.

## 5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### 5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Como condición para poder emplear las pruebas estadísticas paramétricas es necesario que el conjunto de los datos de cada una de las variables tenga normalidad. La normalidad de los datos se da cuando los valores extremos de la variable objeto de estudio (más altos y más bajos) son menos frecuentes y reducen su frecuencia conforme son más extremos; mientras que los valores medios próximos al promedio son más frecuentes e incrementan su frecuencia cuando más se aproximan al valor medio. Es conveniente utilizar las pruebas paramétricas debido a que son: más robustas, poseen mayor potencia, son más sensibles y más específicas (68).

En este trabajo científico, hemos empleado la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para determinar la normalidad; debido a que, esta prueba debe ser utilizada si se tiene más de 50 observaciones. La prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) consiste en comparar la función de distribución acumulada observada de una variable con una distribución normal teórica; si la diferencia es pequeña entonces se determina que existe normalidad. Como la prueba de K-S, requiere la media y desviación estándar poblacional, se debe de hacer la corrección de Lilliefors, que posibilita utilizar emplear la prueba K-S, con la media y desviación estándar muestral (69).

En esta prueba, las hipótesis estadísticas son las siguientes: “ $H_0$  = La distribución acumulada observada es semejante a la distribución normal teórica” y “ $H_1$  = La distribución acumulada observada es diferente a la distribución normal teórica”. Si  $p \leq 0.05$ ; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. En consecuencia, el “valor p” deberá ser mayor a 0.05 para poder afirmar que existe normalidad en el conjunto de datos de la variable (70).



TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,068	76	,200*	,782	76	,743
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	,083	76	,180*	,761	76	,528

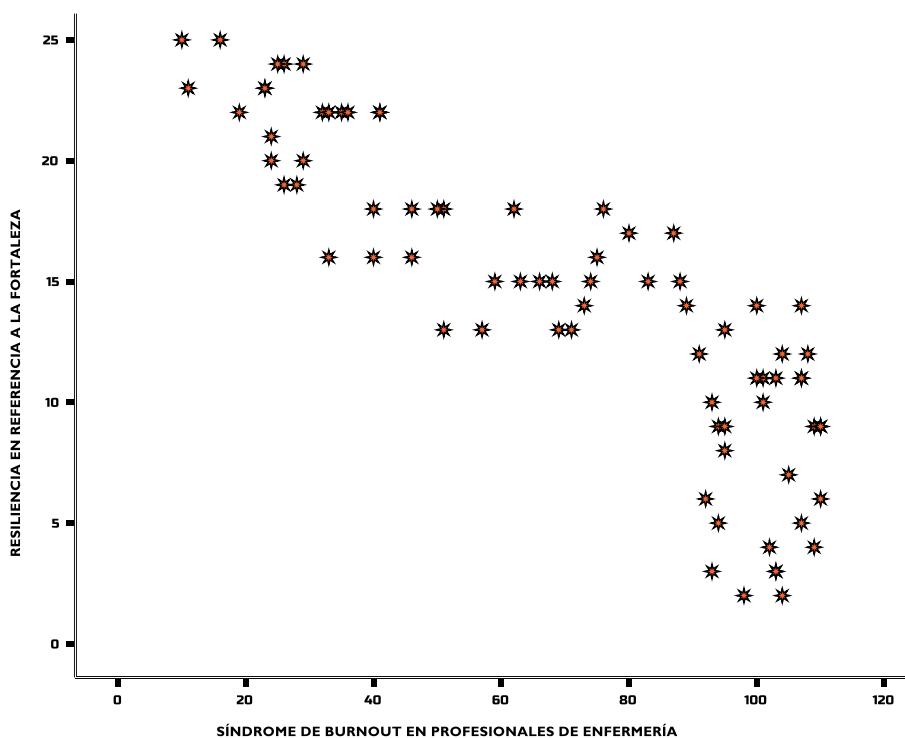
En la Tabla 18, se puede observar que la significancia (p value) para el conjunto de datos de la variable “Resiliencia en profesionales de enfermería” es de 0.200; este valor por mucho, es mayor a 0.05; en consecuencia, se afirma que las observaciones de esta variable poseen normalidad. Asimismo, la significancia (p value) para el conjunto de datos de la variable “Síndrome de burnout en profesionales de enfermería” es de 0.180; este valor por mucho, es mayor a 0.05; en consecuencia, se afirma que las observaciones de esta variable poseen normalidad.

En base a estos resultados, se opta por el uso de pruebas estadísticas paramétricas como el “Coeficiente r de Pearson” y la “Prueba t para correlaciones.

### 5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El diagrama de puntos de dispersión es la representación gráfica de la forma en que se vinculan dos variables; por medio de puntos que representan a cada uno de los casos. Se ubican los puntos entre dos coordenadas cartesianas, cada una de las coordenadas representa a una variable en sus diversos grados de manifestación. Cuando la nube de puntos se agrupa alrededor de una curva con pendiente positiva, indica que existe asociación directa o positiva entre las variables; mientras que, si los puntos se agrupan alrededor de una curva con pendiente negativa, señala que existe asociación inversa o negativa. Se elabora un diagrama de dispersión entre la primera dimensión de la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería; se obtiene el siguiente diagrama:

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 18, se observa un vínculo inversamente proporcional entre la resiliencia en referencia a la fortaleza y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; bajo esta evidencia gráfica, se puede afirmar que; ante el incremento de la resiliencia en su dimensión fortaleza disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería.

En el trabajo de investigación se planteó la primera hipótesis específica correlacional; que, “A mejor resiliencia en referencia a la fortaleza; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la micro de salud de Concepción en el 2021”

Se recurrió al cálculo del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson; este coeficiente resume la relación entre dos variables que tienen una relación lineal o en línea recta entre sí. Si las dos variables tienen una relación en línea recta en la dirección positiva, entonces  $r$  será positivo y considerablemente por encima de 0. Si la relación lineal está en la dirección negativa, de modo que los aumentos en una variable están asociados con disminuciones en la otra, entonces  $r < 0$ . Los posibles valores de  $r$  van de -1 a +1, con valores cercanos a 0 significando poca relación entre las dos variables. La correlación no implica causalidad. El signo de  $r$  muestra la dirección de la correlación (71). Primero se comprobó la linealidad de la relación mediante un diagrama de dispersión. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

<b>Correlaciones</b>		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA FORTALEZA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,458** ,000 76

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

En la Tabla 19, se tiene como resultado un coeficiente  $r$  de Pearson = -0.458; que indica una asociación moderada inversa entre la resiliencia en referencia a la fortaleza y el síndrome de burnout. El signo del coeficiente de correlación es negativo que denota una correspondencia inversa; esto significa que ante el acrecentamiento de la magnitud de una variable; le corresponde la disminución de la magnitud de la otra variable. Debido a que el coeficiente de correlación de Pearson fue calculado con datos muestrales y es necesario conocer la magnitud del coeficiente de correlación poblacional (aproximarnos a un parámetro “ $\rho$ ” en base a un estadígrafo “ $r$ ”); se recurre al análisis de “p value” (Sig. bilateral); la norma estadística indica que; si el p value es menor a 0.05; entonces “ $r$ ” es muy próximo a “ $\rho$ ”; o sí existe, correlación entre las variables analizadas a nivel poblacional. En la Tabla 19; también, se observa una Sig. bilateral = 0.00; que es mucho menor a 0.05.

Los hallazgos encontrados; tanto por el valor: de la  $r$  de Pearson como del p value; podemos afirmar que; ante un incremento de la resiliencia en referencia a la fortaleza, disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería; consiguientemente, queda confirmada la hipótesis propuesta.

## PROCESO ANALÍTICO DE VALIDACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

### *Procedimiento 01: Elección de la prueba estadística*

---

Para comprobar si la correlación encontrada en la muestra; se da, también en la población; empleamos la prueba t para coeficientes de correlación, por ser el método estadístico más pertinente (72).

Se tienen la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

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

Con esta prueba será posible determinar; si el valor encontrado en la investigación de [r = 0, 458] en 76 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional ( $\rho$ ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral ( $r$ ).

### *Procedimiento 02: Formulación de las hipótesis estadísticas*

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia a la fortaleza** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia a la fortaleza** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### *Procedimiento 03: Condiciones de la prueba*

---

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación, es indispensable que se cumplan con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables deben de poseer normalidad.
- La escala de medición empleada en la valoración de las variables debe de incluir el cero absoluto.

Se confirma que se han cumplido con todos los requerimientos.

*Procedimiento 04: Elección del nivel de error*

---

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

*Proceso 05: Criterios de decisión*

---

Valor t tabular

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

- Grados de libertad:  $(n - 2 \Rightarrow 76 - 2 = 74)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a  $0.05/2$ ).

Se define el valor de 1.992 para 74 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.992.

*Procedimiento 06: Cálculo matemático*

---

Procediendo:

$$t = \frac{-0.458 \sqrt{76-2}}{\sqrt{1-0.458^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.458 \sqrt{74}}{\sqrt{1-0.209}} \Rightarrow t = \frac{-0.458 * 8.603}{\sqrt{0.790}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-3.993}{0.889} \Rightarrow = -4.492 \Rightarrow | - 4.492 | = 4.492$$

*Procedimiento 07: Interpretación de resultados*

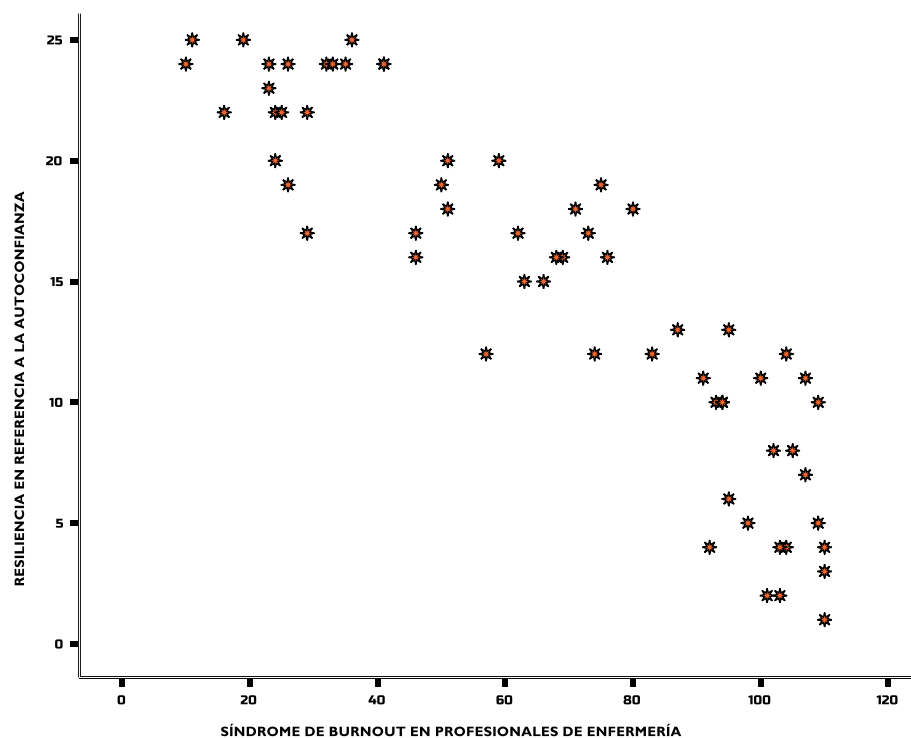
---

Considerando que; la t calculada es igual a 4.492, es un valor por mucho mayor a 1.992; y considerando el criterio de decisión establecido, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por ende; se comprueba que la asociación entre la resiliencia en referencia a la fortaleza y el síndrome de burnout, es lo suficientemente grande, para afirmar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El diagrama de puntos de dispersión es la representación gráfica de la forma en que se vinculan dos variables; por medio de puntos que representan a cada uno de los casos. Se ubican los puntos entre dos coordenadas cartesianas, cada una de las coordenadas representa a una variable en sus diversos grados de manifestación. Cuando la nube de puntos se agrupa alrededor de una curva con pendiente positiva, indica que existe asociación directa o positiva entre las variables; mientras que, si los puntos se agrupan alrededor de una curva con pendiente negativa, señala que existe asociación inversa o negativa. Se elabora un diagrama de dispersión entre la segunda dimensión de la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería; se obtiene el siguiente diagrama:

FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 19, se observa un vínculo inversamente proporcional entre la resiliencia en referencia a la autoconfianza y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; bajo esta evidencia gráfica, se puede afirmar que; ante el incremento de la resiliencia en su dimensión autoconfianza disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería.

En el trabajo de investigación se planteó la primera hipótesis específica correlacional; que, “A mejor resiliencia en referencia a la autoconfianza; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la micro de salud de Concepción en el 2021”

Se recurrió al cálculo del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson; este coeficiente resume la relación entre dos variables que tienen una relación lineal o en línea recta entre sí. Si las dos variables tienen una relación en línea recta en la dirección positiva, entonces  $r$  será positivo y considerablemente por encima de 0. Si la relación lineal está en la dirección negativa, de modo que los aumentos en una variable están asociados con disminuciones en la otra, entonces  $r < 0$ . Los posibles valores de  $r$  van de -1 a +1, con valores cercanos a 0 significando poca relación entre las dos variables. La correlación no implica causalidad. El signo de  $r$  muestra la dirección de la correlación (71). Primero se comprobó la linealidad de la relación mediante un diagrama de dispersión. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 20: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

<b>Correlaciones</b>		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RESILIENCIA EN REFERENCIA A LA AUTOCONFIANZA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,476**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	76

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

En la Tabla 20, se tiene como resultado un coeficiente  $r$  de Pearson = -0.476; que indica una asociación moderada inversa entre la resiliencia en referencia a la autoconfianza y el síndrome de burnout. El signo del coeficiente de correlación es negativo que denota una correspondencia inversa; esto significa que ante el acrecentamiento de la magnitud de una variable; le corresponde la disminución de la magnitud de la otra variable. Debido a que el coeficiente de correlación de Pearson fue calculado con datos muestrales y es necesario conocer la magnitud del coeficiente de correlación poblacional (aproximarnos a un parámetro “ $\rho$ ” en base a un estadígrafo “ $r$ ”); se recurre al análisis de “ $p$  value” (Sig. bilateral); la norma estadística indica que; si el  $p$  value es menor a 0.05; entonces “ $r$ ” es muy próximo a “ $\rho$ ”; o sí existe, correlación entre las variables analizadas a nivel poblacional. En la Tabla 20; también, se observa una Sig. bilateral = 0.00; que es mucho menor a 0.05.

Los hallazgos encontrados; tanto por el valor: de la  $r$  de *Pearson* como del valor  $p$ ; podemos afirmar que; ante un incremento de la resiliencia en referencia a la autoconfianza, disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería; consiguientemente, queda confirmada la hipótesis propuesta.

## PROCESO ANALÍTICO DE VALIDACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

### *Procedimiento 01: Elección de la prueba estadística*

---

Para comprobar si la correlación encontrada en la muestra; se da, también en la población; empleamos la prueba t para coeficientes de correlación, por ser el método estadístico más pertinente (72).

Se tienen la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

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

Con esta prueba será posible determinar; si el valor encontrado en la investigación de  $[r = 0, 476]$  en 76 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional ( $\rho$ ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral ( $r$ ).

### *Procedimiento 02: Formulación de las hipótesis estadísticas*

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia a la autoconfianza** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia a la autoconfianza** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### *Procedimiento 03: Condiciones de la prueba*

---

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación, es indispensable que se cumplan con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables deben de poseer normalidad.
- La escala de medición empleada en la valoración de las variables debe de incluir el cero absoluto.

Se confirma que se han cumplido con todos los requerimientos.



#### *Procedimiento 04: Elección del nivel de error*

---

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

#### *Proceso 05: Criterios de decisión*

---

##### Valor t tabular

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

- Grados de libertad:  $(n - 2 \Rightarrow 76 - 2 = 74)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a  $0.05/2$ ).

Se define el valor de 1.992 para 74 grados de libertad y 0.025 para dos colas

##### Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.992.

#### *Procedimiento 06: Cálculo matemático*

---

Procediendo:

$$t = \frac{-0.476 \sqrt{76-2}}{\sqrt{1-0.476^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.476 \sqrt{74}}{\sqrt{1-0.227}} \Rightarrow t = \frac{-0.476*8.603}{\sqrt{0.773}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.149}{0.879} \Rightarrow = -4.719 \Rightarrow | - 4.719 | = 4.719$$

#### *Procedimiento 07: Interpretación de resultados*

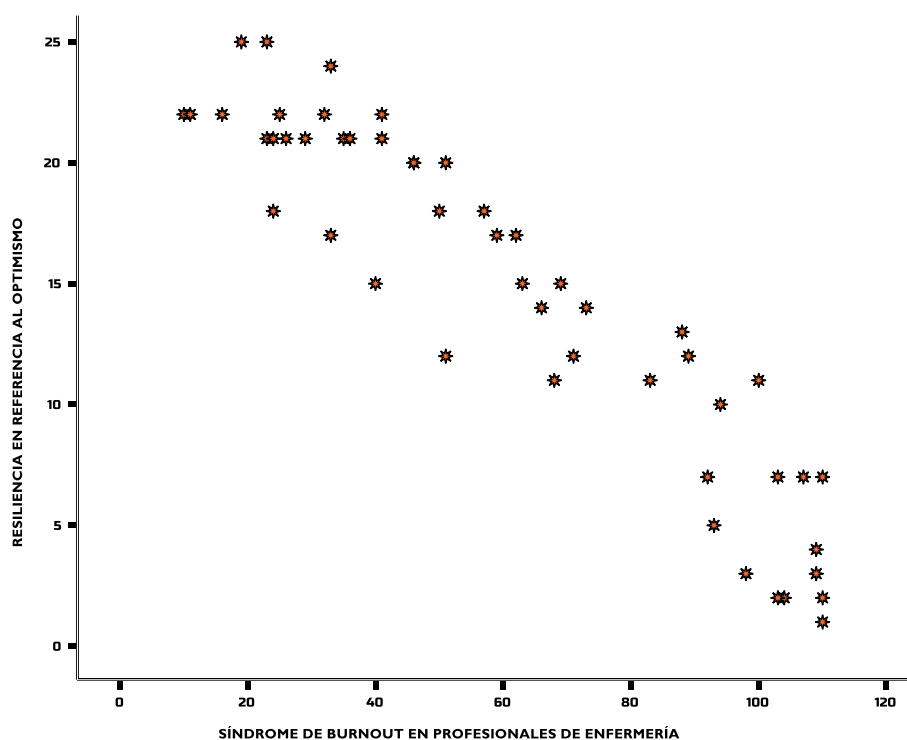
---

Considerando que; la t calculada es igual a 4.719, es un valor por mucho mayor a 1.992; y considerando el criterio de decisión establecido, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por ende; se comprueba que la asociación entre la resiliencia en referencia a la autoconfianza y el síndrome de burnout, es lo suficientemente grande, para afirmar que estas dos variables están asociadas.

#### 5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El diagrama de puntos de dispersión es la representación gráfica de la forma en que se vinculan dos variables; por medio de puntos que representan a cada uno de los casos. Se ubican los puntos entre dos coordenadas cartesianas, cada una de las coordenadas representa a una variable en sus diversos grados de manifestación. Cuando la nube de puntos se agrupa alrededor de una curva con pendiente positiva, indica que existe asociación directa o positiva entre las variables; mientras que, si los puntos se agrupan alrededor de una curva con pendiente negativa, señala que existe asociación inversa o negativa. Se elabora un diagrama de dispersión entre la tercera dimensión de la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería; se obtiene el siguiente diagrama:

FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 20, se observa un vínculo inversamente proporcional entre la resiliencia en referencia al optimismo y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería; bajo esta evidencia gráfica, se puede afirmar que; ante el incremento de la resiliencia en su dimensión optimismo disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería.

En el trabajo de investigación se planteó la primera hipótesis específica correlacional; que, “A mejor resiliencia en referencia al optimismo; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la micro de salud de Concepción en el 2021”

Se recurrió al cálculo del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson; este coeficiente resume la relación entre dos variables que tienen una relación lineal o en línea recta entre sí. Si las dos variables tienen una relación en línea recta en la dirección positiva, entonces  $r$  será positivo y considerablemente por encima de 0. Si la relación lineal está en la dirección negativa, de modo que los aumentos en una variable están asociados con disminuciones en la otra, entonces  $r < 0$ . Los posibles valores de  $r$  van de -1 a +1, con valores cercanos a 0 significando poca relación entre las dos variables. La correlación no implica causalidad. El signo de  $r$  muestra la dirección de la correlación (71). Primero se comprobó la linealidad de la relación mediante un diagrama de dispersión. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 21: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

<b>Correlaciones</b>		SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RESILIENCIA EN REFERENCIA AL OPTIMISMO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,405** ,000 76

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

En la Tabla 21, se tiene como resultado un coeficiente  $r$  de Pearson = -0.405; que indica una asociación moderada inversa entre la resiliencia en referencia al optimismo y el síndrome de burnout. El signo del coeficiente de correlación es negativo que denota una correspondencia inversa; esto significa que ante el acrecentamiento de la magnitud de una variable; le corresponde la disminución de la magnitud de la otra variable. Debido a que el coeficiente de correlación de Pearson fue calculado con datos muestrales y es necesario conocer la magnitud del coeficiente de correlación poblacional (aproximarnos a un parámetro “ $\rho$ ” en base a un estadígrafo “ $r$ ”); se recurre al análisis de “p value” (Sig. bilateral); la norma estadística indica que; si el p value es menor a 0.05; entonces “ $r$ ” es muy próximo a “ $\rho$ ”; o sí existe, correlación entre las variables analizadas a nivel poblacional. En la Tabla 21; también, se observa una Sig. bilateral = 0.00; que es mucho menor a 0.05.

Los hallazgos encontrados; tanto por el valor: de la  $r$  de Pearson como del p value; podemos afirmar que; ante un incremento de la resiliencia en referencia al optimismo, disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería; consiguientemente, queda confirmada la hipótesis propuesta.

## PROCESO ANALÍTICO DE VALIDACIÓN DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

### *Procedimiento 01: Elección de la prueba estadística*

---

Para comprobar si la correlación encontrada en la muestra; se da, también en la población; empleamos la prueba t para coeficientes de correlación, por ser el método estadístico más pertinente (72).

Se tienen la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

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

Con esta prueba será posible determinar; si el valor encontrado en la investigación de  $[r = 0, 405]$  en 76 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional ( $\rho$ ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral ( $r$ ).

### *Procedimiento 02: Formulación de las hipótesis estadísticas*

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia al optimismo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre la **resiliencia en referencia al optimismo** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### *Procedimiento 03: Condiciones de la prueba*

---

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación, es indispensable que se cumplan con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables deben de poseer normalidad.
- La escala de medición empleada en la valoración de las variables debe de incluir el cero absoluto.

Se confirma que se han cumplido con todos los requerimientos.

*Procedimiento 04: Elección del nivel de error*

---

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

*Proceso 05: Criterios de decisión*

---

Valor t tabular

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

- Grados de libertad:  $(n - 2 \Rightarrow 76 - 2 = 74)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a  $0.05/2$ ).

Se define el valor de 1.992 para 74 grados de libertad y 0.025 para dos colas

Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1. 992.

*Procedimiento 06: Cálculo matemático*

---

Procediendo:

$$t = \frac{-0.405 \sqrt{76-2}}{\sqrt{1-0.405^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.405 \sqrt{74}}{\sqrt{1-0.164}} \Rightarrow t = \frac{-0.405*8.602}{\sqrt{0.836}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-3.531}{0.914} \Rightarrow = -3.862 \Rightarrow | - 3.862 | = 3.862$$

*Procedimiento 07: Interpretación de resultados*

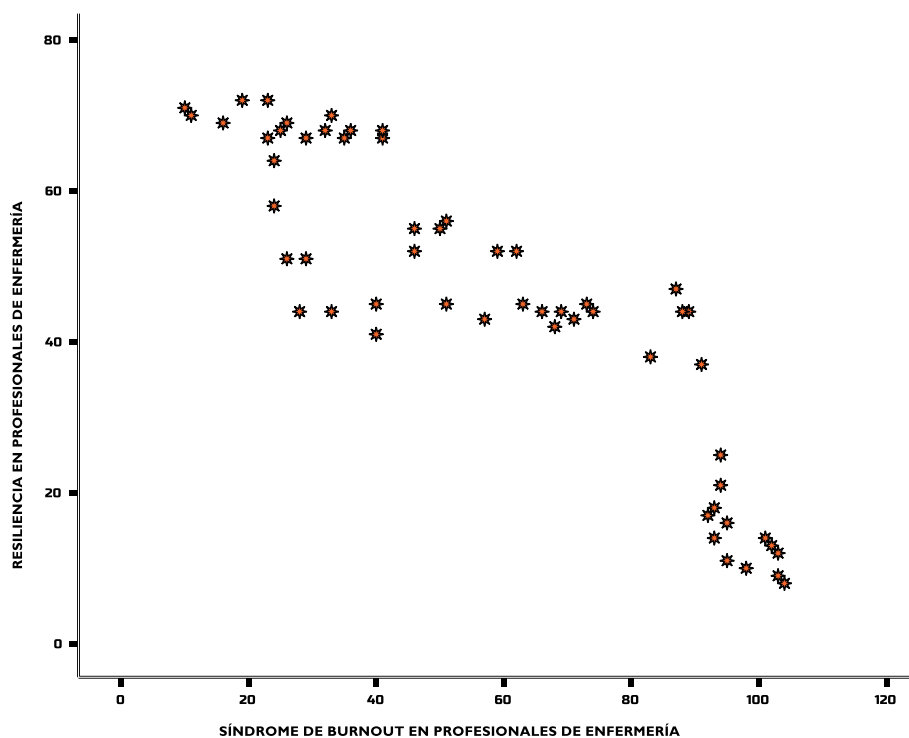
---

Considerando que; la t calculada es igual a 3.862, es un valor por mucho mayor a 1.992; y considerando el criterio de decisión establecido, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por ende; se comprueba que la asociación entre la resiliencia en referencia al optimismo y el síndrome de burnout, es lo suficientemente grande, para afirmar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El diagrama de puntos de dispersión es la representación gráfica de la forma en que se vinculan dos variables; por medio de puntos que representan a cada uno de los casos. Se ubican los puntos entre dos coordenadas cartesianas, cada una de las coordenadas representa a una variable en sus diversos grados de manifestación. Cuando la nube de puntos se agrupa alrededor de una curva con pendiente positiva, indica que existe asociación directa o positiva entre las variables; mientras que, si los puntos se agrupan alrededor de una curva con pendiente negativa, señala que existe asociación inversa o negativa. Se elabora un diagrama de dispersión entre la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería; se obtiene el siguiente diagrama:

FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



En la Figura 21, se observa un vínculo inversamente proporcional entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería; bajo esta evidencia gráfica, se puede afirmar que; ante el incremento de la resiliencia disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería.

En el trabajo de investigación se planteó la primera hipótesis específica correlacional; que, “A mejor resiliencia; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la micro de salud de Concepción en el 2021”

Se recurrió al cálculo del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson; este coeficiente resume la relación entre dos variables que tienen una relación lineal o en línea recta entre sí. Si las dos variables tienen una relación en línea recta en la dirección positiva, entonces  $r$  será positivo y considerablemente por encima de 0. Si la relación lineal está en la dirección negativa, de modo que los aumentos en una variable están asociados con disminuciones en la otra, entonces  $r < 0$ . Los posibles valores de  $r$  van de -1 a +1, con valores cercanos a 0 significando poca relación entre las dos variables. La correlación no implica causalidad. El signo de  $r$  muestra la dirección de la correlación (71). Primero se comprobó la linealidad de la relación mediante un diagrama de dispersión. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla.

**TABLA 22: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA RESILIENCIA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

<b>Correlaciones</b>		<b>SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</b>
RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Correlación de Pearson	-,446**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	76

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

En la Tabla 22, se tiene como resultado un coeficiente  $r$  de Pearson = -0.446; que indica una asociación moderada inversa entre la resiliencia y el síndrome de burnout. El signo del coeficiente de correlación es negativo que denota una correspondencia inversa; esto significa que ante el acrecentamiento de la magnitud de una variable; le corresponde la disminución de la magnitud de la otra variable. Debido a que el coeficiente de correlación de Pearson fue calculado con datos muestrales y es necesario conocer la magnitud del coeficiente de correlación poblacional (aproximarnos a un parámetro “ $\rho$ ” en base a un estadígrafo “ $r$ ”); se recurre al análisis de “ $p$  value” (Sig. bilateral); la norma estadística indica que; si el  $p$  value es menor a 0.05; entonces “ $r$ ” es muy próximo a “ $\rho$ ”; o sí existe, correlación entre las variables analizadas a nivel poblacional. En la Tabla 22; también, se observa una Sig. bilateral = 0.00; que es mucho menor a 0.05.

Los hallazgos encontrados; tanto por el valor: de la  $r$  de Pearson como del  $p$  value; podemos afirmar que; ante un incremento de la resiliencia, disminuye el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería; consiguientemente, queda confirmada la hipótesis propuesta.

## PROCESO ANALÍTICO DE VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL:

### *Procedimiento 01: Elección de la prueba estadística*

---

Para comprobar si la correlación encontrada en la muestra; se da, también en la población; empleamos la prueba t para coeficientes de correlación, por ser el método estadístico más pertinente (72).

Se tienen la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

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

Con esta prueba será posible determinar; si el valor encontrado en la investigación de  $[r = 0, 446]$  en 76 casos es prueba suficiente, para tener la certidumbre que el coeficiente de correlación poblacional ( $\rho$ ) es diferente de cero y su valor es muy próximo al coeficiente de correlación muestral ( $r$ ).

### *Procedimiento 02: Formulación de las hipótesis estadísticas*

---

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

$H_1$ : Existe relación alguna entre la **resiliencia** y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### *Procedimiento 03: Condiciones de la prueba*

---

Para aplicar la prueba t para coeficientes de correlación, es indispensable que se cumplan con las siguientes condiciones:

- Los datos provienen de una muestra representativa.
- Los datos de ambas variables deben de poseer normalidad.
- La escala de medición empleada en la valoración de las variables debe de incluir el cero absoluto.

Se confirma que se han cumplido con todos los requerimientos.



#### *Procedimiento 04: Elección del nivel de error*

---

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

#### *Proceso 05: Criterios de decisión*

---

##### Valor t tabular

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

- Grados de libertad:  $(n - 2 \Rightarrow 76 - 2 = 74)$
- Nivel de confiabilidad (95 %; con dos colas que es igual a  $0.05/2$ ).

Se define el valor de 1.992 para 74 grados de libertad y 0.025 para dos colas

##### Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si el valor calculado de t (valor absoluto) es mayor que 1.992.

#### *Procedimiento 06: Cálculo matemático*

---

Procediendo:

$$t = \frac{-0.446 \sqrt{76-2}}{\sqrt{1-0.446^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.446 \sqrt{74}}{\sqrt{1-0.199}} \Rightarrow t = \frac{-0.446*8.602}{\sqrt{0.801}}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-3.888}{0.895} \Rightarrow = -4.344 \Rightarrow | -4.344 | = 4.344$$

#### *Procedimiento 07: Interpretación de resultados*

---

Considerando que; la t calculada es igual a 4.344, es un valor por mucho mayor a 1.992; y considerando el criterio de decisión establecido, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, y se acepta la hipótesis alterna; por ende; se comprueba que la asociación entre la resiliencia y el síndrome de burnout, es lo suficientemente grande, para afirmar que estas dos variables están asociadas.

## CAPÍTULO VI

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En este estudio hemos hallado que el 51.3 % de los profesionales de enfermería tienen baja o muy baja resiliencia esto indica que más de la mitad de las enfermeras tienen dificultades para enfrentar y recuperarse de la adversidad, a una parte de las enfermeras les resulta difícil superar circunstancias problemáticas en el trabajo y en sus vidas. La baja resiliencia en las enfermeras podría deberse a: la reducida inteligencia emocional, poseer un temperamento colérico e impulsividad; actuar con rigidez, tener bajo sentido del humor, una débil autoconfianza, sentimientos de ser poco útiles en el trabajo o de contribuir poco con la recuperación de los pacientes. Asimismo, la baja resiliencia puede asociarse a tener escasas capacitaciones y actualizaciones, a la temporalidad laboral que le impide proyectarse al futuro, a la baja identidad con la carrera, y a tener confusión sobre su propósito y sentido de vida; también afecta a la resiliencia; la autonomía disminuida, la baja empatía, el poco altruismo y los problemas de socialización.

De manera similar; Çam O, Büyükbayram A, encuentran que alrededor de la mitad de las enfermeras tienen una resiliencia disminuida; debido a que los sistemas de salud dan poca apertura al desarrollo profesional de la enfermera, muchas poseen baja autoconfianza y escasa autonomía que obstaculiza a su capacidad de afrontamiento y

adaptación a las situaciones laborales adversas. Las enfermeras deben de afrontar muchos factores de riesgo que exigen resiliencia; sin embargo, la insuficiencia de habilidades y conocimientos profesionales, el desconocimiento de estrategias para hacer frente al estrés y controlar las emociones, el bajo apoyo de los colegas y la falta de espíritu de equipo impiden el desarrollo de un óptimo nivel de resiliencia. Asimismo, se ha encontrado que es restrictivo de la resiliencia: la falta de preparación emocional de las enfermeras para el tipo de trabajo que realizan, así como las dificultades para forjar un apego seguro con sus compañeros de trabajo; las bajas emociones positivas, la poca esperanza en el desarrollo profesional, restringir el humor, la rigidez cognitiva, regirse por rígidos valores éticos y morales, desconfiar de los demás, anular la creatividad, y abandonar sus metas y expectativas positivas para el futuro (61).

Yu F, Raphael D, Mackay L, hallan que cerca a la mitad de las enfermeras tienen poca resiliencia; la resiliencia dota de capacidad de adaptación a la enfermera para reducir su vulnerabilidad a la adversidad en el lugar de trabajo, disminuyendo así los efectos negativos de las demandas laborales. La resiliencia que surge de la creencia en la propia autoeficacia y las habilidades de afrontamiento necesarias se puede utilizar para ayudar a las enfermeras a lidiar con situaciones desafiantes. El apoyo social puede proporcionar a las enfermeras más recursos, reduciendo así el desarrollo de tendencias depresivas, animando a las enfermeras a tener una actitud positiva hacia la vida y mejorando su resiliencia. Las habilidades de las enfermeras para recurrir a sistemas sofisticados, para procesar información sobre sus emociones y las de los demás, así como la capacidad de emplear esta información para guiar sus cogniciones y comportamientos influye sobre la capacidad de resiliencia. Algunas enfermeras tienen

la capacidad de tratar las emociones mejor que otras, en beneficio de los procesos cognitivos, esas habilidades tienen funciones adaptativas que los benefician a sí mismos y a los demás (73).

Manomenidis G, Panagopoulou E, Montgomery A, reportan que el 42% de los profesionales de enfermería presentan baja resiliencia; esto estaría causado por el bajo sentido de autoeficacia y el reducido optimismo; Las enfermeras que no tienen la suficiente autonomía para combinar los diversos recursos de su medio laboral para enfrentar las situaciones críticas no podrá desarrollar una adecuada resiliencia. Un mayor nivel de capacitación en las enfermeras indica una mayor autonomía y una práctica reflexiva crítica, cualidades que pueden ayudar a lidiar con las adversidades en el lugar de trabajo. Las enfermeras con un rico conocimiento teórico pueden lidiar más fácilmente con el estrés en entornos clínicos mediante la resolución planificada de problemas y la reevaluación positiva. El perfil de una enfermera resiliente es un individuo que ha invertido en su propia educación, experimenta bajos niveles de ansiedad y utiliza estrategias de preparación mental de manera efectiva. En cuanto a las intervenciones para promover la resiliencia, las organizaciones de salud deben identificar los elementos del entorno laboral que permitan a las enfermeras mejorar su respuesta adaptativa a sus demandas laborales (74).

Elqerenawi A, Aziz A, Vostanis P, reportan que más del 40 % de las enfermeras no han desarrollados adecuadas aptitudes de resiliencia; gran parte de las enfermeras tienen poca capacidad de recuperarse de traumas extremos. La resiliencia ayuda a las enfermeras que se hallan en un entorno laboral difícil a funcionar con bajos niveles de angustia y altos niveles de confianza y esperanza, las enfermeras resilientes tienden a

depender más de su propia capacidad para gestionar los desafíos que enfrentan y son menos dependientes del apoyo externo. La baja resiliencia está asociada: al bajo apoyo de los compañeros, las relaciones familiares conflictivas y tener pobres redes de comunicación social de apoyo; la inexperiencia, el bajo nivel de satisfacción laboral, tener una actitud negativa hacia el trabajo, laborar junto a personas que no comparten sus conocimientos, habilidades, experiencias y problemas, mantener un sentido de desconfianza y sobrellevar un desequilibrio entre el trabajo y la vida. Asimismo, la autoestima, la esperanza y el optimismo influyeron indirectamente en la resiliencia a través del afecto positivo y la satisfacción con la vida; la extraversión, la apertura a la experiencia, la conciencia, la amabilidad y el optimismo se asocian de forma positiva a la resiliencia y de forma negativa con el neuroticismo o la inestabilidad emocional (75).

## **6.2. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

En este trabajo científico, hallamos que el 22.4 % de los profesionales de enfermería poseen alto o muy alto síndrome de Burnout; esto significa que cerca a la cuarta parte de las enfermeras tienen manifestaciones considerables del síndrome de burnout que afecta su adecuado desempeño profesional y provoca profundo malestar; esto podría deberse a: la sobrecarga laboral y a las inadecuadas condiciones laborales ambientales en las que trabajan las enfermeras; asimismo, otros factores como los rasgos de personalidad (perfeccionismo, idealización del apoyo, autopromoción, incapacidad para decir "no", negarse a compartir una parte de las demandas del trabajo, expectativas poco realistas de las acciones realizadas, etc.) podrían estar precipitando la aparición de este trastorno; además otros factores institucionales como: mala organización del trabajo, preparación inadecuada para trabajos concretos, falta de apoyo organizativo y aislamiento profesional serían otras posibles causas de la acentuación del síndrome de burnout en parte de los profesionales de enfermería.

De manera semejante, Rizo M, Mendiola S, Sepehri A, encuentra que más del 20% de las enfermeras son afectadas por el síndrome de burnout; este síndrome es producto del desajuste entre las enfermeras y seis características del ajuste percibido de la enfermera al entorno laboral: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad. y valores; otros factores precipitantes son el frecuente conflicto interpersonal, la aceptación de múltiples responsabilidades, baja capacitación, bajas aptitudes, además el inadecuado entorno laboral físico provoca estrés. Asimismo, tener que lidiar

de forma permanente con casos desafiantes, y tener poco apoyo de otros miembros del equipo de salud y autoperibirse como ineficaz al tratar con los pacientes. Los sentimientos de inequidad entre lo que la enfermera invierte en el trabajo y lo que gana con el trabajo, y las expectativas laborales vagas o poco claras son otros factores de riesgo para el síndrome de burnout (76).

Medeiros A, Heloísa R, Pereira D, evidenciaron que más del 15% de los profesionales de enfermería padecen el síndrome de Burnout; el bajo apoyo del supervisor, la falta de liderazgo y un sentido y propósito de vida pocos claros, son los factores que más inciden en la aparición de este síndrome. Además, factores del entorno laboral como: trabajar en un ambiente con problemas de espacio, mala distribución, presencia de humedad, inadecuada ventilación y exposición al frío, en donde además existe poca colaboración por parte del paciente, frecuentemente se da la interferencia de familiares, y dan poco valor al trabajo realizado; conduce al síndrome de burnout. Los entornos organizacionales en donde no se le da el justo reconociendo, la suficiente representatividad y la solvente autonomía a la enfermería, son condicionantes de síndrome de burnout. También los medios laborales conflictivos, llenos de desconfianza y suspicacias, en donde de forma permanente uno debe de protegerse de las malas intenciones de los demás, mantener la percepción de riesgo y conflicto, llevan al agotamiento de todos los recursos de la enfermera y precipita el síndrome de burnout (77).

Rusca K, Setyowati K, hallan que alrededor de la quinta parte de las enfermeras presentan síndrome de burnout; este problema está altamente asociado, a las malas condiciones laborales; como: las largas jornadas laborales, con alta intensidad de

actividades que deben de efectuar para satisfacer las diferentes demandas de salud; además, la atención al paciente implica amoldarse a sus características individuales y modular las emociones para contribuir a su bienestar; el esfuerzo que realiza la enfermera para manejar sus emociones de forma permanente precipita el síndrome de burnout.

Llevan al síndrome de burnout, las situaciones en las que las enfermeras tienen poca autonomía y poco control sobre su ambiente de trabajo, y cuando sus funciones y responsabilidades no están bien delimitadas y le asignan múltiples responsabilidades que están fuera de su área de desempeño; es frecuente que le encarguen a la enfermera tareas que otros profesionales no quieren asumir. Casi siempre la enfermera este sobrecargada de actividades en comparación a otros profesionales de salud; y por el trabajo extra realizado, no recibe ningún tipo de retribución; estas situaciones predisponen la aparición del síndrome de burnout. Es cotidiano que la enfermera labore en escenarios conflictivos, de forma permanente se encuentra en disputas interpersonales con otros profesionales de salud, estas circunstancias también se asocian al síndrome de burnout (78).

Hailay A, Aberhe W, Mebrahtom G, Zereabruk K, evidencian que el 18% de las enfermeras que laboran en la atención directa al paciente tienen problemas del síndrome de burnout. Las enfermeras siempre están expuestas a intensas y largas jornadas laborales, en condiciones en las que la infraestructura es precaria, hay escasez de materiales y falta de equipos; además el público usuario no reconoce los esfuerzos ni los méritos de las enfermeras; estas circunstancias predisponen a que la enfermera presente síndrome de burnout. Las enfermeras siempre están encargadas de realizar



tareas no relacionadas con su ocupación, como trámites burocráticos y manejos logísticos. El conflicto y la incongruencia de roles, en enfermería ocasiona que les encarguen o les supriman diversas tareas; esta situación también lleva a que le reclamen a la enfermera por el incumplimiento de tareas que aparentemente estaban dentro de sus funciones o les reprochen por las intromisiones en las que pudo haber incurrido al realizar trabajos que no le correspondían; afrontar de manera cotidiana estas disyuntivas de desempeño producen estrés laboral y síndrome de Burnout. Las enfermeras que se apegan de forma rígida a las normativas institucionales y adoptan elevados patrones morales, incurren en múltiples conflictos interpersonales con otros trabajadores del equipo de salud y son altamente susceptibles a presentar el síndrome de burnout (60).

### **6.3. RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

En esta investigación hemos encontrado un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería ( $r = - 0,446$ ); basados en este resultado podemos afirmar que, ante un incremento de la resiliencia, se reduce el síndrome de burnout; esto se sustenta, en que las enfermeras más resilientes pueden confrontar la adversidad e incluso obtener resultados positivos ante condiciones adversas. Las enfermeras resilientes pueden superar los eventos adversos y recuperarse rápidamente de los infortunios, tienen la energía suficiente para enfrentarse a los inconvenientes, pueden restablecerse ante las conmociones; incluso después de enfrentar los sucesos hostiles, queda robustecida o desarrollada; por ende, experimenta menor estrés porque le asigna un enfoque más constructivo y optimista a los percances, de esta manera reduce los eventos que podrían inducirla a adquirir el síndrome de Burnout.

Zheng Z, Gangaram P, Xie H, Chua S, Bee S, Eng S, hallan una asociación moderada negativa y significativa entre el síndrome de burnout y la resiliencia en enfermeras ( $r$  de Pearson =  $- 0.413$ ;  $p = 0.002$ ); también se comprueba que las enfermeras resilientes poseen gran facilidad para adaptarse a los diversos entornos laborales; pueden forjar vínculos positivos con otros miembros del equipo de salud y siempre destacan lo positivo de todos los sucesos. Las enfermeras resilientes cuando se encuentran frente a un problema, pueden distinguir los elementos centrales del problema y logran desarrollar estrategias objetivas para poder resolverlos; además, poseen un amplio

repertorio de formas y modalidades de resistir a las dificultades, también disponen de una red de soporte social muy amplia que siempre las apoyan los momentos conflictivos; estas enfermeras conforme van enfrentado más dificultades van acumulando más conocimiento y recursos para enfrentar a las vicisitudes; de esta forma reducen toda posibilidad de adquirir el síndrome de burnout. Las enfermeras resilientes son conscientes de la amplia gama de dificultades que tendrán que rivalizar a lo largo del ejercicio profesional, y no se muestran sorprendidas ante los disturbios; muy por lo contrario busca los escenarios más desafiantes, reúne los recursos más diversos y trata de acceder a la mayor cantidad de conocimientos y experiencias para poder afrontar de manera eficiente las dificultades, también saber el modo de proceder ante los diversos conflictos interpersonales (12).

Yang J, Tang S, Zhou W, verifican que la resiliencia se correlaciona inversamente con el síndrome de burnout en enfermeras ( $r = 0,524$ ,  $p < 0,05$ ); también se encontró que las enfermeras resilientes están preparadas: física, emocional y cognitivamente para adaptarse a todo tipo de entorno en donde tengan que dar cuidados de salud; no hay circunstancia que la ponga tensa o ansiosa, siempre mantendrá el control emocional y preservará la claridad mental; la enfermeras debido a la naturaleza del trabajado que les tocará enfrentar requieren ser resilientes; de esta forma ser resiliente es inherente a la naturaleza de la profesión de enfermería; de esta manera se elimina todo tipo de circunstancias que provoque situaciones de estrés extenuante y tóxico que pueda provocar el síndrome de burnout. Las enfermeras resilientes poseen un propósito y sentido de vida claro inherente al ejercicio de la carrera, de esta forma ejercer la profesión con sus peculiares adversidades reafirma su propósito de vida y su razón de ser como persona, esa férrea disposición física y mental merma al estrés e impide la

aparición del síndrome de burnout. Las enfermeras desarrollan una forma de empatía que no vulnera su propia integridad emocional ni espiritual; son sensibles al sufrimiento de los demás, pero esto no altera sus sentimientos y emociones; no se ven afectadas por las acciones injustas de los demás, porque actúan basadas en sus valores y convicciones, no buscan la gratitud efímera y momentánea de las personas o instituciones, hacen las cosas porque creen que son correctas y no para alcanzar un beneficio material inmediato (13).

Hudgins T, halla que existe relación significativa entre resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería ( $r = -0.51$ ;  $p = 0.002$ ); las enfermeras resilientes pueden asignarles un significado preponderante a todas las actividades asistenciales que realizan; alcanzan una profunda conexión emocional con las funciones que cumple; de esta forma no se ven afectadas por los conflictos suscitados en el entorno laboral, porque su perspectiva está más allá de las desavenencias circunstanciales; de esta forma, no se empinan los sucesos que podrían provocar el síndrome de Burnout. Las enfermeras resilientes han alcanzado un equilibrio: físico, mental, emocional y espiritual; de forma que pueden responder de manera ponderada a todo evento desfavorable por más deletéreo que sea; como las enfermeras resilientes poseen flexibilidad cognitiva y amplitud de pensamiento pueden ver la realidad desde diferentes perspectivas y de esa manera plantear múltiples escenarios alternativos que puedan aplacar los acontecimientos problemáticos cotidianos; en consecuencia, para estas enfermeras no hay circunstancias que les provoquen estrés en una magnitud que no pueda controlar; subsiguientemente, es poco probable que adquieran el síndrome de burnout. Las enfermeras resilientes poseen un estilo de afrontamiento orientado al problema, de forma que delimitan bien el problema e identifican sus causas para actúa

sobre ellas; siempre establecen una manera sistemática de abordar el problema; y enfrentan de manera ordenada y secuencial las dificultades; nunca se ven abrumadas por los hechos conflictivos de su medio laboral (79).

Öksüz E, Demiralp M, Mersin S, Tüzer H, encuentran una relación significativa moderada entre la resiliencia y la Síndrome de Burnout en enfermeras ( $r$  de Pearson = - 0.411;  $p$  value = 0.001); también destaca que las enfermeras resilientes pueden reestructurar su estructura cognitiva y emocional en función a las necesidades que surgen ante nuevas circunstancias; de esta forma además de sobreponerse a los acontecimientos negativos que puedan a ver acaecido de manera sorpresiva y vertiginosa, utilizan estas experiencias para crecer y desplegar sus potencialidades; esta forma de responder de la enfermera resiliente, le lleva a reaccionar de forma adaptativa ante circunstancias, que para otros serían muy estresantes; esta manera de ver y proceder ante la realidad adversa, es la que evita que estas enfermeras lleguen a presentar el síndrome de burnout. En el juicio de la enfermera resiliente no existen eventos desventurados, sino circunstancias nuevas sobre las que no se han establecido procesos metódicos y controlados que las resuelvan, o no se han acumulado los recursos necesarios, o no se han hecho las alianzas necesarias, de manera que los eventos estresantes, solo requieren de seguir adecuadas líneas de acción; de esta forma se anula toda experiencia que precipite el síndrome de burnout. Las enfermeras resilientes siempre mantienen un humor positivo y un buen ánimo, porque esta actitud le permite identificar los modos más acertados de afrontar los problemas (15).

Heather O, encuentra que la resiliencia tiene asociación inversa significativa con el Síndrome de Burnout en las enfermeras y que la implementación del consejo

colaborativo incrementa 7 veces la resiliencia; asimismo se destaca que las enfermeras resilientes tienen una capacidad psicológica positiva para recuperarse de la adversidad, la incertidumbre, el conflicto, el fracaso. Las enfermeras resilientes conocen sus potencialidades y restricciones; de este modo ante cada circunstancias conflictiva utilizan sus potencialidades buscando en modo de orientar las circunstancias hacia su favor, además trabajan mucho en mejorar sus talentos y aptitudes en aquellas áreas en las que ha identifica tener limitaciones; al ser consciente de sus recursos y posibilidades se traza metas realistas y objetivas, pero conforme va incrementado sus talentos y capacidades también incrementan sus propósitos; de esta manera tienen menos posibilidad acaecer en situaciones de estrés y poseen menor probabilidad de presentar síndrome de burnout (16).

Bahadir E, halla que la resiliencia es un factor protector ante la aparición del síndrome de burnout en enfermeras; la resiliencia permite a las enfermeras hacer frente a su entorno de trabajo y mantener un funcionamiento psicológico saludable y estable. La resiliencia facilita a que la enfermera pueda enfrentar y adaptarse a las difíciles condiciones laborales; las enfermeras resilientes pueden resistir muchas presiones psicológicas y las dificultades no les generan sensaciones estresantes de esta forma están menos predispuesta a poseer el síndrome de burnout. Las enfermeras resilientes pueden trasformara sus experiencias dolorosas, en oportunidades de aprendizaje y en vivencias que les dan mayor fortaleza y seguridad para poder enfrentar situaciones similares; también confían en sus capacidades y de forma permanente tratan de perfeccionarlas; además, siempre buscan ampliar su red social y generar significativos vínculos de amistad con sus colegas y otros miembros del equipo de salud (17).

Jafarizadeh H, Zhiyani E, Aghakhani N, Alinejad V, Moradi Y, evidencian que las enfermeras con mayor resiliencia presentan menor posibilidad de tener síndrome de burnout; las enfermeras resilientes, perciben a las dificultades como coyunturas para poder aprender y desarrollar nuevas aptitudes; las situaciones dolorosas no las desmoralizan, sino les permiten visualizar sus debilidades para después trabajar en ellas hasta superarlas; son objetivas y aceptan las experiencias tal como se presentan, sin asignar culpables, sin victimizarse, ni crear zozobra; las enfermeras resilientes siempre se están proyectando al futuro y se concentran en los objetivos mayores de forma que no se distraen en los sucesos circunstanciales y efímeros, no se perturban por aquellas situaciones problemáticas que tienen solución conocida, o en aquellos conflictos superfluos sin ninguna trascendencia (18).

Elqerenawi A, Aziz A, Vostanis P, hallan que la resiliencia evita que las enfermeras desarrollen el síndrome de burnout; la resiliencia incorpora la capacidad para mantener un equilibrio estable, también fortalece la capacidad de autocontrol y lleva al desarrollo de actitudes de confrontación constructiva y creativa ante las adversidades. Las enfermeras resilientes tienen la capacidad de encontrar los aspectos positivos en medio de la adversidad, pueden plantear múltiples formas de acción para superar las crisis, otras enfermeras ya conocen la manera de afrontar y superar las dificultades y proceden de forma metódica y siempre obtienen resultados favorables. La enfermera resiliente es consciente de los problemas que se pueden suscitar ante determinados hechos y no se sorprende cuando ocurren, además confían en sus capacidades y tiene seguridad en que podrán superar todas las adversidades. Las enfermeras resilientes como avizoran la posibilidad de que acaezcan ciertos problemas siempre se están preparando para poder enfrentar las posibles contrariedades, de manera que cuando

ocurran ya están preparadas, por eso se esmeran en tener alta calificación profesional, cultivan sus competencias interpersonales y se preocupan también por conocer los diversos procesos administrativos organizacionales para poder responder de forma coherente y efectiva ante las circunstancias desfavorables (19).

Ramalisa R, evidencia que las enfermeras poco resilientes son las más afectadas con el síndrome de Burnout. Las enfermeras resilientes, ponen bastante énfasis en acrecentar su círculo social y se rodean de personas con múltiples capacidades que puedan ejercer influencias positivas en sus vidas; estas enfermeras trabajan mucho en modular sus emociones y tener conductas respetuosas y actitudes que las hagan agradables ante los demás. Las enfermeras resilientes tienen aptitudes para el trabajo en equipo, pueden lograr integrar los esfuerzos de forma funcional de otros miembros del equipo de salud; tiene la capacidad de motivar a los demás y ejercer influencias positivas en otros, también contagia entusiasmo y buenos ánimos; son capaces de generar armonía en un medio laboral tenso. Las enfermeras resilientes también tienen habilidades de comunicación, puede difundir mensajes con mucha claridad dándoles el énfasis necesario para influir en las conductas de los demás; todas estas aptitudes asociadas a la resiliencia las alejan de los eventos estresantes y reducen la posibilidad de que adquieran el síndrome de burnout (20).

Huamaní L, Mamani J, reportan una asociación inversa significativa entre la resiliencia y el síndrome de Burnout ( $r$  de Pearson =0.456; P value = 0.001); también evidencian que las enfermeras resilientes tienen la capacidad de trabajar de forma proactiva y tienen integridad en todo su desempeño; pueden controlar de manera efectiva sus tiempos y distribuyen sus actividades de manera exacta para cumplir con



sus responsabilidades en el tiempo previsto. Las enfermeras resilientes son muy creativas y pueden proponer diversas opciones viables para enfrentar los problemas; también actúan con tenacidad para el logro de sus propósitos, tienen una enorme convicción y motivación intrínseca para superar la adversidad y alcanzar sus objetivos. Las enfermeras resilientes son optimistas, pero a la vez objetivas, de manera que actúan de manera activa para vulnerar los problemas y alcanzar una mejor condición laboral; las múltiples aptitudes que dotan a las enfermeras resilientes, las llevan a la reducción de los eventos estresantes en el trabajo y son menos propensas a la aparición del síndrome de Burnout (21).

## CONCLUSIONES

1. Cuando se incrementa la resiliencia en referencia a la **fortaleza**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,458)
2. Cuando se incrementa la resiliencia en referencia a la **autoconfianza**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,476)
3. Cuando se incrementa la resiliencia en referencia al **optimismo**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,405)
4. De forma general, cuando se incrementa la **resiliencia**, disminuye el síndrome de burnout en profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,446)

## RECOMENDACIONES

1. Es adecuado desarrollar programas que enaltezcan la **fortaleza** como cualidad y virtud en enfermería; las intervenciones deberán de desarrollar la firmeza de voluntad y carácter en las enfermeras para que puedan enfrentar de manera exitosa las dificultades surgidas en el desempeño profesional cotidiano.
2. Es favorables desarrollar programas que acrecienten la **autoconfianza** en las enfermeras; de forma que se intensifique la creencia y confianza en sus propias aptitudes, que surja la convicción de tener la solvencia profesional para superar de forma exitosa los diversos obstáculos en el cumplimiento de sus funciones.
3. Es indispensable desarrollar programas que acentúen el **optimismo** en las enfermeras; las intervenciones desarrollarán la capacidad de centrarse en los aspectos positivos de los sucesos, y en identificar los componentes endebles de los problemas para poder controlarlos de manera exitosa.
4. Es general, es provechoso desarrollar programas que forjen elevados niveles de **resiliencia** en las enfermeras, como cualidad necesaria para el ejercicio profesional exitoso; dado los escenarios adversos, en los que; de forma cotidiana se desempeñan las enfermeras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badu E, O'Brien A, Mitchell R, Rubin M, James C, McNeil K. Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020; 29(1): p. 5–34.
2. Carvalho D, Rocha L, Pinho E, Tomaschewski J, Barlem E, Goulart L. Workloads and burnout of nursing workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(6): p. 1435-1441.
3. Guo Y, Plummer V, Lam L, Wang Y, Cross W, Zhang J. The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: Findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 28(4): p. 499-508.
4. Jackson J, Vandall V, Vanderspank B, Wishart P, Moore S. Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2018; 48(1): p. 28-35.
5. Deldar K, Froutan R, Dalvand S, Ghanei R, Reza S. The Relationship between Resiliency and Burnout in Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018; 11(6): p. 2250-2256.
6. García M, Meseguer M, Ríos I, Soler I. Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017; 49(3): p. 1 - 9.
7. Yang G, Liu J, Liu L, Wu X, Ding S. Burnout and Resilience among Transplant Nurses in 21 Hospitals in China. *Transplantation Proceedings*. 2018; 50(1): p. 2905 - 2910.
8. Borges E, Silva S, Queirós C, Baptista P, Abreu M. Resiliência e burnout em trabalhadores de enfermagem. *Jornadas internacionais de enfermagem comunitária*. 2016; 20(3): p. 70 - 75.
9. Alegre A, Bedregal O, Rodrich A. Resiliencia y Burnout en enfermeras de un hospital general de Lima, Perú. *Interacciones*. 2019; 5(3): p. 1 - 9.
10. Cardenas M. Prevalencia de síndrome de Burnout en los profesionales del Centro de Salud “David Guerrero Duarte” de Concepción-Junín. [Tesis]. Huancayo: Universidad Continental, Facultad de humanidades; 2019.
11. Greco C, Morelato G, Ison M. Las emociones positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia. *Psicodebate*. 2006; 7(1): p. 81 - 94.
12. Zheng Z, Gangaram P, Xie H, Chua S, Bee S, Eng S. Job satisfaction and resilience in psychiatric nurses: A study at the Institute of Mental Health, Singapore. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017; 26(1): p. 612 – 619.

13. Yang J, Tang S, Zhou W. Resiliencia psicológica y satisfacción laboral de enfermeros: el efecto mediador de la afectividad positiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2017; 26(2): p. 194 - 201.
14. Hudgins T. Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24(1): p. 62 - 69.
15. Öksüz E, Demiralp M, Mersin S, Tüzer H. Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables. *J Nurs Manag*. 2018; 21(2): p. 1 - 10.
16. Heather O. The Effects of a Nurse Manager System Collaborative Council on Job Satisfaction, Intent to Leave, & Resilience. [Tesis]. University of Kentucky, College of Nursing ; 2018.
17. Bahadır E. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profesión. *Chinese Nursing Research*. 2017; 30(1): p. 1 - 5.
18. Jafarizadeh H, Zhiyani E, Aghakhani N, Alinejad V, Moradi Y. Effect of resilience-based intervention on occupational stress among nurses. *World family medicine/middle east journal of family medicine*. 2017; 15(9): p. 159 - 163.
19. Elqerenawi A, Aziz A, Vostanis P. Job Stressors, Coping and Resilience among Nurses in Gaza Strip. *Clin Exp Psychol*. 2017; 3(3): p. 1 - 8.
20. Ramalisa R. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018; 23(1): p. 1 - 9.
21. Huamaní L, Mamani J. Satisfacción laboral y capacidad de resiliencia en enfermeras de centro quirúrgico H.R.H.D.E. Arequipa. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa , Facultad de Enfermería ; 2017.
22. Zigmond D. Our ailing profession: we need more than resilience and replenishment. *British Journal of General Practice*. 2016; 66(653): p. 622-623.
23. Rushton C. Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*. 2016; 27(1): p. 111-119.
24. Rosenberg A, Baker K, Syrjala K, Back A, Wolfe J. Promoting Resilience among Parents and Caregivers of Children with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2013; 16(6): p. 645-652.
25. Phillips C, Pearce C, Hall S, Kljakovic M, Sibbald B, Dwan K, et al. Enhancing care, improving quality: the six roles of the general practice nurse. *The Medical Journal of Australia*. 2009; 191(2): p. 92-97.
26. Park J, Lee E. Influence of Ego-resilience and Stress Coping Styles on College Adaptation in Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2011; 17(3): p. 267-276.

27. Matheson C, Robertson HD, Elliott AM, Iversen L, Murchie P. Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *British Journal of General Practice*. 2016; 66(6): p. 86 - 97.
28. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014; 23(6): p. 187 - 196.
29. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(3): p. 292-299.
30. Manyena S. The concept of resilience revisited. *Disasters*. 2006; 30(4): p. 433-450.
31. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(1): p. 1-9.
32. Hart P, Brannan J, Chesnay M. Resilience in Nurses: An Integrative Review. *Journal of Nursing Management*. 2014; 22(6): p. 720-734.
33. Gillespie B, Chaboyer W, Wallis M, Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 59(4): p. 427-438.
34. Foureur M, Besley K, Burton G, Yu N, Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*. 2013; 45(1): p. 114-125.
35. Earvolino M. Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2007; 42(2): p. 73-82.
36. Dzau V, Kirch D, Nasca T. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *The New England Journal of Medicine*. 2018; 378(4): p. 312-314.
37. Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. *Journal of Public Health*. 2011; 33(3): p. 369-377.
38. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2016; 72(5): p. 980-1000.
39. Gillespie B, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*. 2007; 25(2): p. 124-135.
40. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Advanced Biomedical Research*. 2014; 3(1): p. 44-44.

41. Azevedo K, Batista J, Azevedo R, Araújo A. National scientific production on Burnout Syndrome in ICU nurses and physicians: a bibliometric study. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*. 2019; 65(5): p. 722-729.
42. Gómez J, Fuente ED, Albendín L, Vargas C, Orteg E. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*. 2017; 37(5): p. 49 - 60.
43. 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.
44. Książek I, 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. Mealer M, Burnham E, Goode C, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*. 2009; 26(12): p. 1118-1126.
46. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 2012; 12(1): p. 457-457.
47. Ribeiro V, Filho C, Valenti V, Ferreira M, Abreu L. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*. 2014; 7(1): p. 22-22.
48. Yperen N. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*. 1996; 26(4): p. 338-354.
49. Azevedo D, Ferraz M, Ferreira R, Lira J, Azevedo D. Risk of Burnout Syndrome in mental health nurses. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2019; 13: p. 71 - 86.
50. Baldonado M, Almeida M, Baptista P, Sánchez M. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2019; 27: p. 140 - 149.
51. Dutra N, Nery M, Rocha F, Neto G. Burnout syndrome in hemodialysis professionals. *Journal of Nursing Ufpe Online*. 2018; 12(10): p. 2522-2527.
52. Kurowska K, Klatt A. The role of support in struggling with burnout syndrome in a group of oncology nurses. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2019; 2019(1): p. 32-37.
53. Monsalve C, Luis C, Gómez J, Albendín L, Aguayo R. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1): p. 59-59.
54. Neuberg M, Železnik D, Meštrović T, Ribić R, Kozina G. Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional

- study among nurses. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*. 2017; 68(3): p. 190-197.
55. Perevezentseva N, Nesterenko O. The effect of burnout syndrome of nurses on the quality of care. *Vestnik Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*. 2019; 14(3): p. 91-94.
  56. Maunz S, Steyrer J. [Burnout syndrome in nursing: etiology, complications, prevention]. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2001; 113(1): p. 296 - 305.
  57. Stelcer B, Bilski B. The phenomenon of job stress and burnout syndrome in palliative care. *Medycyna Pracy*. 2019; 17(2): p. 89 - 92.
  58. Vidotti V, Martins J, Galdino M, Ribeiro R, Robazzi M. Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermería Global*. 2019; 18(3): p. 344-376.
  59. Wijaya C. Pengaruh Burnout syndrome terhadap proses asuhan keperawatan (studi pada perawat rumah sakit medika utama blitar). *Revitalisasi*. 2019; 5(3): p. 23-36.
  60. Hailay A, Aberhe W, Mebrahtom G, Zereabruk K. Burnout among Nurses Working in Ethiopia. *Behavioural Neurology*. 2020; 20(1): p. 1 - 9.
  61. Çam O, Büyükbayram A. Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 8(2): p. 118 - 126.
  62. Ruiz A, Morillo L. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
  63. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
  64. Bunge M. *Ciencia y desarrollo*. 1st ed. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1980.
  65. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
  66. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
  67. Sanchez H, Reyes C. *Metodología y diseños en la investigación científica*. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
  68. 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.
  69. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2016; 6(3): p. 105-114.



70. 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.
71. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2018; 18(1): p. 91 – 93.
72. Dawson B TR. *Bioestadística médica*. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
73. Yu F, Raphael D, Mackay L. Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 93(1): p. 129 - 140.
74. Manomenidis G, Panagopoulou E, Montgomery A. Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *J Nurs Manag*. 2018; 25(1): p. 1 - 7.
75. Elqerenawi A, Aziz A, Vostanis P. Job Stressors, Coping and Resilience among Nurses in Gaza Strip. *Clinical and Experimental Psychology*. 2017; 3(3): p. 1 - 8.
76. Rizo M, Mendiola S, Sepehri A. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *J Nurs Manag*. 2017; 20(1): p. 1 - 7.
77. Medeiros A, Heloísa R, Pereira D. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51(1): p. 1 - 12.
78. Rusca K, Setyowati K. Prevalence of burnout syndrome among nurses in general hospitals in provincial East Java: Cross-sectional study. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(52): p. 362 - 366.
79. Hudgins T. Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24(1): p. 62 - 69.
80. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18(1): p. 76 – 82.
81. Schaufeli W, DeWitte H, Desart S. *Manual Burnout Assessment Tool (BAT)*. [technical report]. Katholieke Universiteit Leuven, Public Health School; 2019.

## **ANEXOS**

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

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD

AUTORAS: Flor Rocio Acevedo Munive  
Karen Soledad Dionisio Fernández

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la resiliencia y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia a la <b>fortaleza</b> y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia a la <b>autoconfianza</b> y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la resiliencia en referencia al <b>optimismo</b> y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia a la <b>fortaleza</b> y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>2. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia a la <b>autoconfianza</b> y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>3. Establecer la relación entre la resiliencia en referencia al <b>optimismo</b> y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout es que: a mejor resiliencia; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la resiliencia en referencia a la fortaleza y el síndrome de burnout es que: a mejor resiliencia en referencia a la <b>fortaleza</b>; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>2. La relación entre la resiliencia en referencia a la autoconfianza y el síndrome de burnout es que: a mejor resiliencia en referencia a la <b>autoconfianza</b>; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p> <p>3. La relación entre la resiliencia en referencia al optimismo y el síndrome de burnout es que: a mejor resiliencia en referencia al <b>optimismo</b>; menor síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la Micro Red de Salud de Concepción en el 2021</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación propuesta respondió a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Básica, porque el propósito y orientación de la investigación fue encontrar conocimientos que nos permitan comprender mejor el fenómeno estudiado; no existe aplicación o uso inmediato de los resultados del estudio en la solución de algún problema práctico.</p> <p>Cuantitativa, porque el énfasis en la recopilación y el análisis de información fue en forma de numérica. Existe conectividad entre la observación empírica y la expresión matemática de relaciones.</p> <p>Transversal, la información reportada por las enfermeras por medio de cuestionarios se realizó en único momento y en una sola oportunidad.</p> <p>Observacional, las investigadoras registraron los fenómenos tal como aparecían en la realidad, no hubo ningún tipo de interferencia o manipulación de las variables, para que puedan ser captadas de la manera más genuina posible.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Es de nivel correlacional, debido a que se estudiaron las relaciones entre dos o más variables sin intentar influir en ellas.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Resiliencia en de profesionales de enfermería</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Síndrome de burnout en de profesionales de enfermería</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES:</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Trabajo en otro lugar</p> <p>Estudio de post grado</p> <p>Tiempo que labora en la institución</p> <p>Número de hijos</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población de referencia fueron 123 enfermeras que laboraban en los diferentes establecimientos de la Microred de salud de Concepción y que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 76 enfermeras que laboraban en la Microred de Salud de Concepción en el 2021.</p> <p>PARA VALORAR LA RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA</p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado "Escala de resiliencia de Connor-Davidson" elaborada en el 2003.</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 "Cuestionario general de evaluación del Burnout", diseñado por Schaufeli W, De Witte H, Desart S. en el 2018</p>

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Resiliencia en profesionales de enfermería	Es la capacidad de las enfermeras de: resistir, autocorregirse, adaptarse, superar y crecer profesionalmente ante las condiciones adversas de su trabajo	FORTALEZA	Es la capacidad para desempeñarse de manera consistente en el rango superior de nuestros talentos y habilidades sin importar cuales sean las circunstancias competitivas.	Me concentro	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
				No me rindo		
				No se desanima		
				Considero persona fuerte		
				Gustan los desafíos		
				Lidera resolución de problemas		
				Tomo decisiones difíciles		
				Lidiar con todo		
				Trabajo por metas		
		AUTOCONFIANZA	Es la confianza en sí mismo respecto a determinados atributos, tales como habilidades para la vida, toma de decisiones, poder, entre otros.	Enorgullece logros.		
				Relaciones cercanas y seguras		
				Pide ayuda		
				Confianza por éxito pasado		
				Logra objetivos		
				Adaptación al cambio		
				Sensación de control		
		OPTIMISMO	Es la actitud o tendencia de ver y juzgar las cosas en su aspecto positivo, o más favorable.	Búsqueda de causas		
				Manejo de sentimientos		
				Acción intuitiva		
				Sentido de propósito		
				Ver lado humorístico		
Recuperación ante dificultad						
Fortalecimiento al afrontar						
Mejor esfuerzo						
El destino puede ayudar						

VARIABLE 2: SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SÍNDROME DE BURNOUT	Es la sensación permanente de agotamiento emocional, físico y mental; acompañado de actitudes y sentimientos negativos hacia el rol profesional y las personas con las que se trabaja	AGOTAMIENTO	Es un cansancio extremo, cuando alguien se encuentra al límite de su capacidad física y mental y no puede realizar un nuevo esfuerzo.	Mentalmente exhausto	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
				Hago con mucho esfuerzo		
				Difícil recuperar mi energía		
				Físicamente exhausto		
				Por la mañana falta energía		
				No puedo estar activo		
				Me esfuerzo y me canso		
				Exhausto al final del día		
		DISTANCIA MENTAL	Es mantener alejado cognitivo y emocionalmente de determinados aspectos del trabajo.	Poco entusiasmo		
				Aversión al trabajo		
				Indiferente en mi trabajo		
				Poco significado de trabajo		
		DETERIORO COGNITIVO	Es el declive de las funciones cognitivas. La pérdida de memoria y concentración es la más frecuente.	Problemas en mantener concentración		
				No pensar con claridad		
				Olvidadizo y distraído		
				Problemas de concentración		
		DETERIORO EMOCIONAL	Es el declive de capacidad de controlar el estado de ánimo, los sentimientos y las reacciones emocionales	Errores por pensar en otras cosas		
				Incapaz de controlar emociones		
				Mala reacción emocional		
				Irritable por todo		
		QUEJAS PSICOLÓGICAS	Presencia de problemas para manejar situaciones cotidianas con reacciones intensas de insomnio, tensión, ansiedad, estrés, etc.	Enojo y tristeza sin motivo		
				Reacción exagerada sin querer		
				Problemas para dormir		
				Preocupación		
QUEJAS PSICOSOMÁTICAS	Frecuente presencia de problemas orgánicos después de la jornada laboral o ante situaciones conflictivas en el trabajo.	Tensión y estrés				
		Ansioso con ataques de pánico				
		Molestia por ruido y multitud				
		Palpitaciones o dolor de pecho				
		Molestias estomacales y/o intestinales				
		Dolores de cabeza				
Dolor muscular						
Sensación de enfermedad						

ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
RESILIENCIA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	FORTALEZA	Me concentro	1. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	Nunca (0) Casi nunca (1) De forma regular (2) Casi siempre (3) Siempre (4)
		No me rindo	2. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	
		No se desanima	3. El fracaso no me desanima fácilmente	
		Considero persona fuerte	4. Me considero una persona fuerte	
		Gustan los desafíos	5. Me gustan los desafíos	
		Lidera resolución de problemas	6. Prefiero liderar la resolución de problemas.	
		Tomo decisiones difíciles	7. Puedo tomar decisiones desagradables o difíciles	
		Lidiar con todo	8. Puedo lidiar con lo que se me presente	
		Trabajo por metas	9. Trabajo para alcanzar mis metas	
	AUTOCONFIANZA	Enorgullece logros.	10. Me enorgullezco de mis logros.	
		Relaciones cercanas y seguras	11. Tengo relaciones cercanas y seguras	
		Pide ayuda	12. Sé a dónde acudir para pedir ayuda	
		Confianza por éxito pasado	13. El éxito pasado me da confianza para nuevos desafíos	
		Logra objetivos	14. Puedo lograr mis objetivos	
		Adaptación al cambio	15. Soy capaz de adaptarme al cambio	
		Sensación de control	16. Me siento en control de mi vida	
	OPTIMISMO	Búsqueda de causas	17. Las cosas ocurren por alguna razón	
		Manejo de sentimientos	18. Puedo manejar sentimientos desagradables	
		Acción intuitiva	19. Tengo que actuar intuitivamente	
		Sentido de propósito	20. Tengo un fuerte sentido de propósito	
		Ver lado humorístico	21. Veo el lado humorístico de las cosas	
		Recuperación ante dificultad	22. Tiendo a recuperarme después de una dificultad o enfermedad	
		Fortalecimiento al afrontar	23. Hacer frente al estrés me fortalece	
		Mejor esfuerzo	24. Doy mi mejor esfuerzo, pase lo que pase	
		El destino puede ayudar	25. Algunas veces el destino o Dios puede ayudar	

## CUESTIONARIO GENERAL DE EVALUACIÓN DEL BURNOUT

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	AGOTAMIENTO	Mentalmente exhausto	1. Me siento mentalmente exhausto	Nunca (0) Casi nunca (1) De forma regular (2) Casi siempre (3) Siempre (4)
		Hago con mucho esfuerzo	2. Todo lo que hago requiere mucho esfuerzo	
		Difícil recuperar mi energía	3. Al final del día, me resulta difícil recuperar mi energía	
		Físicamente exhausto	4. En el trabajo me siento físicamente exhausto	
		Por la mañana falta energía	5. Cuando me levanto por la mañana, me falta la energía para comenzar un nuevo día	
		No puedo estar activo	6. Quiero estar activo, pero de alguna manera no puedo hacerlo	
		Me esfuerzo y me canso	7. Cuando me esfuerzo, me canso rápidamente	
		Exhausto al final del día	8. Al final de mi día, me siento mentalmente exhausto y agotado.	
	DISTANCIA MENTAL	Poco entusiasmo	9. Me cuesta encontrar entusiasmo por mi trabajo	
		Aversión al trabajo	10. Siento una fuerte aversión hacia mi trabajo.	
		Indiferente en mi trabajo	11. Me siento indiferente sobre mi trabajo.	
		Poco significado de trabajo	12. Me importa poco lo que mi trabajo signifique para los demás.	
	DETERIORO COGNITIVO	Problemas en mantener concentración	13. Tengo problemas para mantener la concentración.	
		No pensar con claridad	14. Me cuesta pensar con claridad	
		Olvidadizo y distraído	15. Soy olvidadizo y distraído	
		Problemas de concentración	16. Tengo problemas para concentrarme	
	DETERIORO EMOCIONAL	Errores por pensar en otras cosas	17. Cometo errores porque pienso en otras cosas	
		Incapaz de controlar emociones	18. Me siento incapaz de controlar mis emociones.	
		Mala reacción emocional	19. No me reconozco en la forma en que reacciono emocionalmente	
		Irritable por todo	20. Me pongo irritable cuando las cosas no salen a mi manera	
		Enojo y tristeza sin motivo	21. Me enojo o estoy triste sin saber por qué	
	QUEJAS PSICOLÓGICAS	Reacción exagerada sin querer	22. Puedo reaccionar exageradamente sin querer	
		Problemas para dormir	23. Tengo problemas para quedarme dormido	
		Preocupación	24. Tiendo a preocuparme	
		Tensión y estrés	25. Me siento tenso y estresado	
		Ansioso con ataques de pánico	26. Me siento ansioso y / o sufro ataques de pánico.	
	QUEJAS PSICOSOMÁTICAS	Molestia por ruido y multitud	27. El ruido y las multitudes me molestan	
		Palpitaciones o dolor de pecho	28. Sufro de palpitaciones o dolor en el pecho.	
		Molestias estomacales y/o intestinales	29. Sufro de molestias estomacales y / o intestinales	
		Dolores de cabeza	30. Sufro de dolores de cabeza	
		Dolor muscular	31. Sufro de dolor muscular, por ejemplo, en el cuello, el hombro o la espalda.	
		Sensación de enfermedad	32. Me siento enfermo	

## ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL

---

1. Edad (años):.....

2. Estado civil

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

3. Número de hijos bajo su cuidado:.....

4. ¿Qué tiempo labora en la Microred de salud de Concepción?

.....

5. ¿Tiene estudio de especialidad o post grado? .....

Si .....No .....

¿Cuál?.....

6. ¿Tiene otra ocupación laboral? .....

Si .....No .....

¿Cuál?.....



**CÓDIGO** \_\_\_\_\_

## ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON

Connor K, Davidson J; 2003 (80)

### Instrucciones

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido.

Utilice para ello la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

<b>FORTALEZA</b>					
1. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0	1	2	3	4
2. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	0	1	2	3	4
3. El fracaso no me desanima fácilmente	0	1	2	3	4
4. Me considero una persona fuerte	0	1	2	3	4
5. Me gustan los desafíos	0	1	2	3	4
6. Prefiero liderar la resolución de problemas.	0	1	2	3	4
7. Puedo tomar decisiones desagradables o difíciles	0	1	2	3	4
8. Puedo lidiar con lo que se me presente	0	1	2	3	4
9. Trabajo para alcanzar mis metas	0	1	2	3	4
<b>AUTOCONFIANZA</b>					
10. Me enorgullezco de mis logros.	0	1	2	3	4
11. Tengo relaciones cercanas y seguras	0	1	2	3	4
12. Sé a dónde acudir para pedir ayuda	0	1	2	3	4
13. El éxito pasado me da confianza para nuevos desafíos	0	1	2	3	4
14. Puedo lograr mis objetivos	0	1	2	3	4
15. Soy capaz de adaptarme al cambio	0	1	2	3	4
16. Me siento en control de mi vida	0	1	2	3	4
17. Las cosas ocurren por alguna razón	0	1	2	3	4
<b>OPTIMISMO</b>					
18. Puedo manejar sentimientos desagradables	0	1	2	3	4
19. Tengo que actuar intuitivamente	0	1	2	3	4
20. Tengo un fuerte sentido de propósito	0	1	2	3	4
21. Veo el lado humorístico de las cosas	0	1	2	3	4
22. Tiendo a recuperarme después de una dificultad o enfermedad	0	1	2	3	4
23. Hacer frente al estrés me fortalece	0	1	2	3	4
24. Doy mi mejor esfuerzo, pase lo que pase	0	1	2	3	4
25. Algunas veces el destino o Dios puede ayudar	0	1	2	3	4

.....Gracias

## BAREMOS

De 0 a 20	Muy baja resiliencia
De 20.1 a 40	Baja resiliencia
De 40.1 a 60	Mediana resiliencia
De 60.1 a 80	Alta resiliencia
De 80.1 a 100	Muy alta resiliencia

## CUESTIONARIO GENERAL DE EVALUACIÓN DEL BURNOUT BURNOUT ASSESSMENT TOOL (BAT)

Schaufeli W, De Witte H, Desart S, (81)

### Instrucciones

Las siguientes declaraciones están relacionadas con su situación laboral y cómo experimenta esta situación. Indique con qué frecuencia cada declaración se aplica a usted.

### Puntuación

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

AGOTAMIENTO					
1. Me siento mentalmente exhausto	0	1	2	3	4
2. Todo lo que hago requiere mucho esfuerzo	0	1	2	3	4
3. Al final del día, me resulta difícil recuperar mi energía	0	1	2	3	4
4. En el trabajo me siento físicamente exhausto	0	1	2	3	4
5. Cuando me levanto por la mañana, me falta la energía para comenzar un nuevo día	0	1	2	3	4
6. Quiero estar activo, pero de alguna manera no puedo hacerlo	0	1	2	3	4
7. Cuando me esfuerzo, me canso rápidamente	0	1	2	3	4
8. Al final de mi día, me siento mentalmente exhausto y agotado.	0	1	2	3	4
DISTANCIA MENTAL					
9. Me cuesta encontrar entusiasmo por mi trabajo	0	1	2	3	4
10. Siento una fuerte aversión hacia mi trabajo.	0	1	2	3	4
11. Me siento indiferente sobre mi trabajo.	0	1	2	3	4
12. Me importa poco lo que mi trabajo signifique para los demás.	0	1	2	3	4
DETERIORO COGNITIVO					
13. Tengo problemas para mantener la concentración.	0	1	2	3	4
14. Me cuesta pensar con claridad	0	1	2	3	4
15. Soy olvidadizo y distraído	0	1	2	3	4
16. Tengo problemas para concentrarme	0	1	2	3	4
17. Cometo errores porque pienso en otras cosas	0	1	2	3	4
DETERIORO EMOCIONAL					
18. Me siento incapaz de controlar mis emociones.	0	1	2	3	4

19. No me reconozco en la forma en que reacciono emocionalmente	0	1	2	3	4
20. Me pongo irritable cuando las cosas no salen a mi manera	0	1	2	3	4
21. Me enojo o estoy triste sin saber por qué	0	1	2	3	4
22. Puedo reaccionar exageradamente sin querer	0	1	2	3	4
<b>QUEJAS PSICOLÓGICAS</b>					
23. Tengo problemas para quedarme dormido	0	1	2	3	4
24. Tiendo a preocuparme	0	1	2	3	4
25. Me siento tenso y estresado	0	1	2	3	4
26. Me siento ansioso y / o sufro ataques de pánico.	0	1	2	3	4
27. El ruido y las multitudes me molestan	0	1	2	3	4
<b>QUEJAS PSICOSOMÁTICAS</b>					
28. Sufro de palpitaciones o dolor en el pecho.	0	1	2	3	4
29. Sufro de molestias estomacales y / o intestinales	0	1	2	3	4
30. Sufro de dolores de cabeza	0	1	2	3	4
31. Sufro de dolor muscular, por ejemplo, en el cuello, el hombro o la espalda.	0	1	2	3	4
32. Me siento enfermo	0	1	2	3	4

.....Gracias

#### BAREMOS

De 0 a 25.6	Inexistente síndrome de burnout
De 25.7 a 51.2	Bajo síndrome de burnout
De 51.3 a 76.8	Moderado síndrome de burnout
De 76.9 a 102.4	Alto síndrome de burnout
De 102.5 a 128	Muy alto síndrome de burnout

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA “ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.842
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8272.232
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado <sup>a</sup>			
	Componente		
	1	2	3
1. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	0.512		
2. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	0.529		
3. El fracaso no me desanima fácilmente	0.445		
4. Me considero una persona fuerte	0.589		
5. Me gustan los desafíos	0.677		
6. Prefiero liderar la resolución de problemas.	0.563		
7. Puedo tomar decisiones desagradables o difíciles	0.551		
8. Puedo lidiar con lo que se me presente	0.674		
9. Trabajo para alcanzar mis metas	0.589		
10. Me enorgullezco de mis logros.		0.485	
11. Tengo relaciones cercanas y seguras		0.488	
12. Sé a dónde acudir para pedir ayuda		0.520	
13. El éxito pasado me da confianza para nuevos desafíos		0.531	
14. Puedo lograr mis objetivos		0.548	
15. Soy capaz de adaptarme al cambio		0.614	
16. Me siento en control de mi vida		0.623	
17. Las cosas ocurren por alguna razón		0.637	
18. Puedo manejar sentimientos desagradables			0.442
19. Tengo que actuar intuitivamente			0.446
20. Tengo un fuerte sentido de propósito			0.456
21. Veo el lado humorístico de las cosas			0.623
22. Tiendo a recuperarme después de una dificultad o enfermedad			0.637
23. Hacer frente al estrés me fortalece			0.479
24. Doy mi mejor esfuerzo, pase lo que pase			0.485
25. Algunas veces el destino o Dios puede ayudar			0.492
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

CONFIABILIDAD DEL “ESCALA DE RESILIENCIA DE  
CONNOR-DAVIDSON”

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,838	25

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Bajo presión, me concentro y pienso claramente	,825
2. Cuando las cosas parecen desesperadas, no me rindo	,825
3. El fracaso no me desanima fácilmente	,831
4. Me considero una persona fuerte	,830
5. Me gustan los desafíos	,831
6. Prefiero liderar la resolución de problemas.	,827
7. Puedo tomar decisiones desagradables o difíciles	,811
8. Puedo lidiar con lo que se me presente	,809
9. Trabajo para alcanzar mis metas	,821
10. Me enorgullezco de mis logros.	,822
11. Tengo relaciones cercanas y seguras	,823
12. Sé a dónde acudir para pedir ayuda	,824
13. El éxito pasado me da confianza para nuevos desafíos	,824
14. Puedo lograr mis objetivos	,825
15. Soy capaz de adaptarme al cambio	,825
16. Me siento en control de mi vida	,825
17. Las cosas ocurren por alguna razón	,826
18. Puedo manejar sentimientos desagradables	,826
19. Tengo que actuar intuitivamente	,828
20. Tengo un fuerte sentido de propósito	,829
21. Veo el lado humorístico de las cosas	,829
22. Tiendo a recuperarme después de una dificultad o enfermedad	,830
23. Hacer frente al estrés me fortalece	,830
24. Doy mi mejor esfuerzo, pase lo que pase	0.832
25. Algunas veces el destino o Dios puede ayudar	0.832

*Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto considerando a 30 enfermeras de la micro red de salud “Chilca; 2020.*

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA “CUESTIONARIO  
GENERAL DE EVALUACIÓN DEL BURNOUT”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.817
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	74836.728
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado <sup>a</sup>						
	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1. Me siento mentalmente exhausto						
2. Todo lo que hago requiere mucho esfuerzo	0.565					
3. Al final del día, me resulta difícil recuperar mi energía	0.647					
4. En el trabajo me siento físicamente exhausto	0.715					
5. Cuando me levanto por la mañana, me falta la energía para comenzar un nuevo día	0.469					
6. Quiero estar activo, pero de alguna manera no puedo hacerlo	0.412					
7. Cuando me esfuerzo, me canso rápidamente	0.631					
8. Al final de mi día, me siento mentalmente exhausto y agotado.	0.741					
9. Me cuesta encontrar entusiasmo por mi trabajo		0.612				
10. Siento una fuerte aversión hacia mi trabajo.		0.523				
11. Me siento indiferente sobre mi trabajo.		0.657				
12. Me importa poco lo que mi trabajo signifique para los demás.		0.479				
13. Tengo problemas para mantener la concentración.			0.731			
14. Me cuesta pensar con claridad			0.654			
15. Soy olvidadizo y distraído			0.542			
16. Tengo problemas para concentrarme			0.433			
17. Cometo errores porque pienso en otras cosas			0.561			
18. Me siento incapaz de controlar mis emociones.				0.498		
19. No me reconozco en la forma en que reacciono emocionalmente				0.578		
20. Me pongo irritable cuando las cosas no salen a mi manera				0.542		
21. Me enojo o estoy triste sin saber por qué				0.433		
22. Puedo reaccionar exageradamente sin querer				0.561		
23. Tengo problemas para quedarme dormido					0.436	
24. Tiendo a preocuparme					0.476	
25. Me siento tenso y estresado					0.631	
26. Me siento ansioso y / o sufro ataques de pánico.					0.741	
27. El ruido y las multitudes me molestan					0.436	
28. Sufro de palpitaciones o dolor en el pecho.						0.476
29. Sufro de molestias estomacales y / o intestinales						0.631
30. Sufro de dolores de cabeza						0.741
31. Sufro de dolor muscular, por ejemplo, en el cuello, el hombro o la espalda.						0.436
32. Me siento enfermo						0.476
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.						
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.						

**CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO GENERAL DE  
EVALUACIÓN DEL BURNOUT”**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,837	32

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Me siento mentalmente exhausto	,834
2. Todo lo que hago requiere mucho esfuerzo	,813
3. Al final del día, me resulta difícil recuperar mi energía	,814
4. En el trabajo me siento físicamente exhausto	,819
5. Cuando me levanto por la mañana, me falta la energía para comenzar un nuevo día	,817
6. Quiero estar activo, pero de alguna manera no puedo hacerlo	,819
7. Cuando me esfuerzo, me canso rápidamente	,817
8. Al final de mi día, me siento mentalmente exhausto y agotado.	,821
9. Me cuesta encontrar entusiasmo por mi trabajo	,816
10. Siento una fuerte aversión hacia mi trabajo.	,833
11. Me siento indiferente sobre mi trabajo.	,837
12. Me importa poco lo que mi trabajo signifique para los demás.	,817
13. Tengo problemas para mantener la concentración.	,819
14. Me cuesta pensar con claridad	,817
15. Soy olvidadizo y distraído	,821
16. Tengo problemas para concentrarme	,816
17. Cometo errores porque pienso en otras cosas	,817
18. Me siento incapaz de controlar mis emociones.	,819
19. No me reconozco en la forma en que reacciono emocionalmente	,817
20. Me pongo irritable cuando las cosas no salen a mi manera	,821
21. Me enojo o estoy triste sin saber por qué	,816
22. Puedo reaccionar exageradamente sin querer	,817
23. Tengo problemas para quedarme dormido	,819
24. Tiendo a preocuparme	,817
25. Me siento tenso y estresado	,821
26. Me siento ansioso y / o sufro ataques de pánico.	,811
27. El ruido y las multitudes me molestan	,816
28. Sufro de palpitaciones o dolor en el pecho.	,831
29. Sufro de molestias estomacales y / o intestinales	,829
30. Sufro de dolores de cabeza	,827
31. Sufro de dolor muscular, por ejemplo, en el cuello, el hombro o la espalda.	,822
32. Me siento enfermo	,821

*Los datos corresponden a los resultados obtenidos tras la aplicación de una prueba piloto considerando a 30 enfermeras de la micro red de salud “Chilca; 2020.*



# ANEXO 06: OFICIO PRESENTADO A LA MICRORRED DE SALUD "CONCEPCIÓN"



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



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

Huancayo, 14 de enero de 2021

**OFICIO N° 0016-2021-FCS-ENF-UPLA**

Señor:

Dr. Diego Matos Knutzen  
JEFE DE LA RED DE SALUD DE CONCEPCIÓN

Presente.

**ASUNTO : SOLICITO APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORRED DE SALUD"**

**DOC. REF. : RESOLUCIÓN N° 0089-2021-D-FCC.SS.-UPLA**

Con especial agrado me dirijo a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes; al mismo tiempo, tengo a bien comunicar<sup>1</sup> que se ha aprobado la inscripción del Proyecto de Investigación titulado: "Resiliencia y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de una Microred de Salud", presentado por las señoritas: Acevedo Munive Flor Rocio y Dionisio Fernandez Karen Soledad, bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería con la finalidad de optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, aprobado mediante la Resolución N° 0089-2021-D-FCC.SS.-UPLA de fecha 08.01.2021.

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



MB. TANIA LUZ VILCHEZ CHERAS  
DIRECTORA

M.C. Diego C. Matos Knutzen  
JEFE ATURA  
C.N.P. 81209

<sup>1</sup> Artículo 205º, 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.

## ANEXO 07: PERMISO INSTITUCIONAL



### RED DE SALUD "DAVID GUERRERO DUARTE" - CONCEPCIÓN

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

#### CARTA DE ACEPTACIÓN

**A** : **MG. Tania Luz Vilchez Cuevas**  
Directora de la Escuela Profesional de Enfermería  
Universidad Peruana los Andes

**DE** : **DR. Diego Matos Knutzen**  
Jefe de la Red de Salud Concepción

**FECHA** : 28/01/2021

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con la finalidad de hacer de su conocimiento, que en el cumplimiento a las normas estrictas de nuestra institución, cumplo con informar que se ha admitido para que puedan aplicar su instrumento de recolección de datos de la Tesis titulada "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD", presentado por **las Bachilleres en Enfermería, Acevedo Munive Flor Rocio y Dionisio Fernandez Karen Soledad**, que cumple con los aspectos formales, metodológicos y de contenido, debiendo las interesadas a proseguir con los fines correspondientes.

Aprovecho la oportunidad para expresarte mi consideración y estima personal.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN  
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO  
MICRO RED CONCEPCIÓN

M.C. Diego C. Matos Knutzen  
JEFATURA  
C.M.P. 81229

**Dr. Diego Matos Knutzen**  
Jefatura

## ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD




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

### DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Karen Soledad Dionisio fernández, identificado (a) con DNI 70770562 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UNA MICRORED DE SALUD" en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de 05 del 2021.



  
Nombre y Apellidos: Karen Soledad Dionisio fernández  
Responsable de investigación



## DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Flor Rocío Acavedo Munive, identificado (a) con DNI 72757254 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Resiliencia y Síndrome de Burnout en Profesionales de enfermería de una microred de salud", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de 05 del 2021.



  
Nombre y Apellidos: Flor Rocío Acavedo Munive  
Responsable de investigación

ANEXO 09: VALIDEZ POR JUICIOS DE EXPERTOS

**VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : SOSA YUPANQUI JUANA

1.2 Grado Académico : Especialista en Neonatología

1.3 Profesión : Licenciada en enfermería

1.4 Institución donde labora : C.S. Mazamari

1.5 Cargo que desempeña : Jefatura de enfermería

1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario General de Evaluación del Burnout  
Burnout Assessment Tool (Bat)....

**II. VALIDACIÓN**

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


**III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. Valoración total cuantitativa: 19 .....

3.2. Opinión :  FAVORABLE  DEBE MEJORAR.....  
 NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....  
.....  
.....

Huancayo, 06 de mayo del 2021 .....

  
 Lic. Enl. Juana Luz Sosa Yupanqui  
 JEFATURA DE ENFERMERIA  
 CEP: 014210

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES SOSA YUPANQUI JUANA LUZ

DNI 20678790

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Sosa Yupanqui Juana  
 1.2 Grado Académico : Especialista en Neonatología  
 1.3 Profesión : Licenciada en enfermería  
 1.4 Institución donde labora : C.S. Mazamari  
 1.5 Cargo que desempeña : Jefatura de enfermería  
 1.6 Denominación del Instrumento : Escala de Resiliencia de Connor - Davidson

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	X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					15	4
SUMATORIA TOTAL					19	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 19

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:

Huancayo, 06 de mayo del 2021

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
 RED DE SALUD Y PROMOCIÓN DE MAZAMARI

Lic. Enf. Juana Luz Sosa Yupanqui  
 JEFATURA DE ENFERMERÍA  
 CEP: 024210

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

SOSA YUPANQUI JUANA LUZ  
 20678790

**VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Martinez Apolinario Gaby  
 1.2 Grado Académico : Especialista en neonatología  
 1.3 Profesión : licenciado en enfermería  
 1.4 Institución donde labora : C.S. Mazamari  
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora de Promsa  
 1.6 Denominación del Instrumento : Escala de Resiliencia de Connor - Davidson

**II. VALIDACIÓN**

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

**III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. Valoración total cuantitativa: 19

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo,.....

FIRMA Y SELLO



Gaby M. Martinez Apolinario  
 Lic. Enfermería  
 CEP: 68622  
 DNI N° 45087772

APELLIDOS Y NOMBRES

Martinez Apolinario Gaby

DNI

45087772

## VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Martinez Apolinario Gaby  
 1.2 Grado Académico : Especialista en neonatología  
 1.3 Profesión : Graduado en enfermería  
 1.4 Institución donde labora : C.S. Nazamari  
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinador de Promsa  
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario General de Evaluación del Burnout. Burnout Assessment Tool (Bat)

### II. VALIDACIÓN

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

### III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 19.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo,.....



*Gaby*  
 Gaby M. Martínez Apolinario  
 Lic. Enfermería  
 CEP: 68622  
 DNI N° 45087772

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Martinez Apolinario Gaby

DNI

45087772



**VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto): Ponce Padilla Michael Orlando  
 1.2 Grado Académico: Especialista en Epidemiología  
 1.3 Profesión: Enfermera  
 1.4 Institución donde labora: Hospital Sabilo  
 1.5 Cargo que desempeña: Defensora Epidemiológica  
 1.6 Denominación del Instrumento: Escala de Resiliencia de Connor - Davidson

**II. VALIDACIÓN**

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

**III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. Valoración total cuantitativa: 18

3.2. Opinión:

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo,.....

Gobierno Regional de Junín  
 Dirección Regional de Salud Junín  
 Dirección Hospital Maha Ratón

3  
 LIC. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA  
 JEFATURA EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL  
 CEP 2386 RNE 020810

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Ponce Padilla Michael Orlando

DNI

20040578

**VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Ponce Padilla Michael Orlando  
 1.2 Grado Académico : Especialista Enfermería  
 1.3 Profesión : Espe. Enfermería  
 1.4 Institución donde labora : Hospital Satipo  
 1.5 Cargo que desempeña : Co. Jefe de Epi de Salud  
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario General de Evaluación del Burnout - Burnout Assessment Tool (Bat)

**II. VALIDACIÓN**

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

**III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN**

3.1. Valoración total cuantitativa: 18.....  
 3.2. Opinión :  
 FAVORABLE                       DEBE MEJORAR.....  
 NO FAVORABLE  
 3.3 Observaciones:.....  
 .....

Huancayo,.....

GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN  
 DIRECCIÓN HOSPITAL MAHA SATIPO

LIC. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA  
 JEFATURA EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL  
 CEP 32386 RNE 026816

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Ponce Padilla Michael Orlando

DNI

20040578

## VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Chumpitan Garcia Leonida  
 1.2 Grado Académico : Psicóloga de profesión  
 1.3 Profesión : Psicóloga de profesión  
 1.4 Institución donde labora : C. B. S. S. S. S.  
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora de Capacitación  
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario General de Evaluación de Buenas Prácticas Assessment Tool (C.G.P.)

### II. VALIDACIÓN

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

### III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 19

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

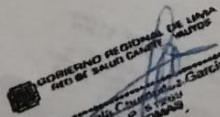
3.3 Observaciones: .....

Huancayo, 05 Mayo del 2021

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI



Chumpitan Garcia Leonida  
48031234

## VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Chumpiza Garcia Leonela  
 1.2 Grado Académico : Profesional de Enfermería  
 1.3 Profesión : Enfermera  
 1.4 Institución donde labora : M.R. Tomas  
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora de Etapa Vida Nueva  
 1.6 Denominación del Instrumento : Escala de Resiliencia de Connor - Davidson

### II. VALIDACIÓN

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

### III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 19

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones: .....

Huancayo, 05 Mayo del 2021



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI

Chumpiza Garcia Leonela  
43031234

## ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

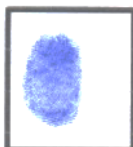
### CONSENTIMIENTO INFORMADO

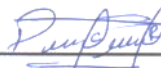
Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "Acevedo Munive Flor Rocio y Dionisio Fernandez Karen Soledad"

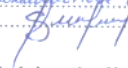
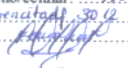
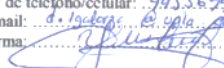
Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas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

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

Huancayo, 19 de Febrero 2021.



  
Apellidos y nombres: Peralta Cecilia  
Rocio  
N° DNI: 42.092652

- 1. Responsable de investigación**  
Apellidos y nombres: Acevedo Munive Flor Rocio  
D.N.I. N° 72.75.72.54  
N° de teléfono/celular: 941.82.33.26  
Email: acevedomunive@gmail.com  
Firma: 
- 2. Responsable de investigación**  
Apellidos y nombres: Dionisio Fernandez Karen Soledad  
D.N.I. N° 70.77.0362  
N° de teléfono/celular: 928.39.15.03  
Email: karenatd130@gmail.com  
Firma: 
- 3. Asesor(a) de investigación**  
Apellidos y nombres: Lic. Coarzo Consuelo Juan Ubaldó  
D.N.I. N° 200.10.867  
N° de teléfono/celular: 945.56.99.76  
Email: d.coarzo@upla.edu.pe  
Firma: 



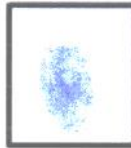
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "Acevedo Munive Flor Rocio y Dionisio Fernandez Karen Soledad"

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

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

Huancayo, 19 de Febrero 2021.



*[Handwritten signature]*

Apellidos y nombres: *Rejoa Paucana*  
*Lidia Aída*  
N° DNI: *20.400429*

1. **Responsable de investigación**  
Apellidos y nombres: *Acevedo Munive Flor Rocio*  
D.N.I. N°: *72.757254*  
N° de teléfono/celular: *941823326*  
Email: *floracevedo@gmail.com*  
Firma: *[Handwritten signature]*
2. **Responsable de investigación**  
Apellidos y nombres: *Dionisio Fernandez Karen Soledad*  
D.N.I. N°: *70790562*  
N° de teléfono/celular: *991371803*  
Email: *ksoledad30@gmail.com*  
Firma: *[Handwritten signature]*
3. **Asesor(a) de investigación**  
Apellidos y nombres: *Liz Gallego Consuelo Juan Ubaldo*  
D.N.I. N°: *20010862*  
N° de teléfono/celular: *995567976*  
Email: *lizgallegoconsuelo@up.edu.pe*  
Firma: *[Handwritten signature]*



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "RESILIENCIA Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA MICRORED DE SALUD", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "Acevedo Munive Flor Rocio y Dionisio Fernandez Karen Soledad"

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

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

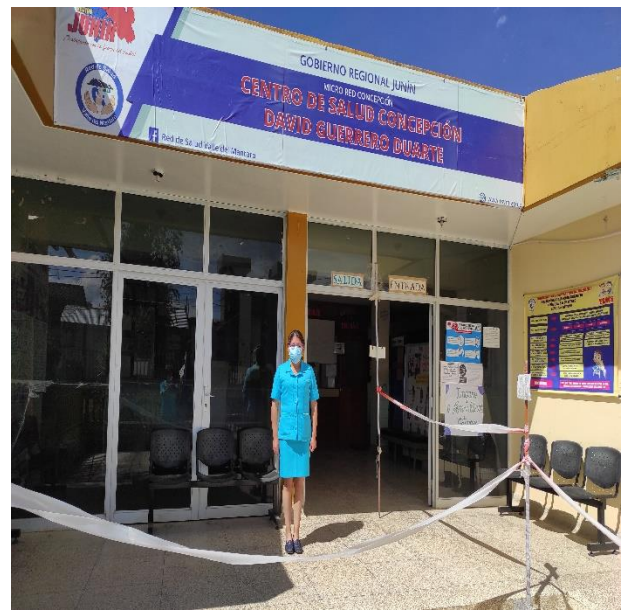
Huancayo, 19 de Febrero 2021.



*Alvaro Lapa*  
 Apellidos y nombres: *Alvaro Lapa*  
*Jose Jaime*  
 N° DNI: *42727211*

1. **Responsable de investigación**  
 Apellidos y nombres: *Acevedo Munive Flor Rocio*  
 D.N.I. N°: *72757254*  
 N° de teléfono/celular: *94182 3326*  
 Email: *floracevedo@unla.edu.pe*  
 Firma: *[Signature]*
2. **Responsable de investigación**  
 Apellidos y nombres: *Dionisio Fernandez Karen Soledad*  
 D.N.I. N°: *70770162*  
 N° de teléfono/celular: *91321105*  
 Email: *karenatunla@gmail.com*  
 Firma: *[Signature]*
3. **Asesor(a) de investigación**  
 Apellidos y nombres: *Liz Galvez Consuelo Juan Uvalde*  
 D.N.I. N°: *20010962*  
 N° de teléfono/celular: *99356 99 36*  
 Email: *lizgalvez@unla.edu.pe*  
 Firma: *[Signature]*

## ANEXO 11: FOTOGRAFÍAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



FOTOGRAFÍA N° 1: presentación de las investigadoras con el uniforme de enfermería.



FOTOGRAFÍA N° 2: presentación de las investigadoras con el uniforme de enfermería más el equipo de protección personal.





FOTOGRAFÍA N° 3:  
Investigadora FLOR  
ACEVEDO MUNIVE  
encuestando al profesional de  
enfermería.



FOTOGRAFÍA N° 4:  
Investigadora KAREN  
DIONISIO FERNANDEZ  
encuestando al profesional de  
enfermería.