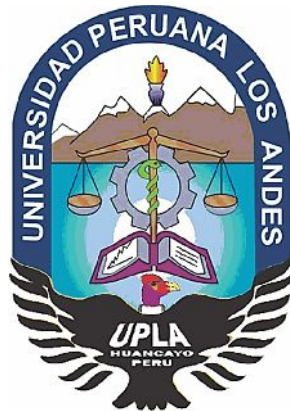


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



## AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2017

### PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR: : HARO ASPAJO, Said Gabriel  
ASESOR: : LIC. Grissel Chávez  
ÁREA DE : Enfermería en la Prevención y  
INVESTIGACIÓN: : Promoción de la Salud  
LÍNEA DE : Prevención y promoción en  
INVESTIGACIÓN: : enfermedades transmisibles y no  
transmisibles.  
LUGAR O INSTITUCIÓN : Hospital Regional Docente Clínico  
DE EJECUCIÓN: : “Daniel Alcides Carrión”

HUANCAYO – PERÚ – 2018

**ASESOR**

LIC. GRISEL CHAVEZ

## **DEDICATORIA**

A: Dios, por darme la capacidad para aprender los conocimientos y las habilidades de la enfermería; y a mis padres por su permanente apoyo para mi superación personal.

Said Gabriel

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi gratitud a las autoridades y al personal de enfermería del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión por su colaboración y ayuda incondicional en todo el proceso de ejecución del estudio.

Asimismo, a mis maestras y maestros de la Universidad Peruana Los Andes, por haber compartido conmigo sus conocimientos y haberme motivado a desarrollarme como persona y como profesional.

## INDICE

ASESOR .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
INDICE .....	v
INDICE DE TABLAS .....	vii
INDICE DE GRÁFICOS .....	ix
RESUMEN.....	xi
ABSTRAC .....	xii

### CAPITULO I

#### INTRODUCCIÓN

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.1.1. PROBLEMA GENERAL.....	6
1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS .....	6
1.2. OBJETIVOS .....	7
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	7
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	8
1.3.1. TEÓRICA O CIENTÍFICA.....	8
1.3.2. SOCIAL O PRÁCTICA.....	8
1.3.3. METODOLÓGICA.....	8
1.4. ANTECEDENTE DE ESTUDIO.....	9
1.5. BASES TEÓRICAS.....	13
4.2.1. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA.....	13
4.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT FACTORES Y CONSECUENCIAS .....	18
4.2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERÍA.....	20
1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	33
1.7. HIPÓTESIS .....	34
1.7.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL .....	34
1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	34
1.8. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	35

## CAPITULO II

### MÉTODO

2.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	40
2.1.1. TIPO Y NIVEL .....	40
2.1.2. DISEÑO .....	41
2.2. POBLACIÓN.....	41
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	42
2.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO: .....	43
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	45
6.4.1. PARA VALORAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS .....	45
6.4.2. PARA VALORAR EL SINDROME DE BURNOUT.....	47
2.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	49
2.6. PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS .....	50
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS: .....	51

## CAPITULO III

### RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENFERMERAS .....	52
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS .....	59
3.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS .....	67
3.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	73
3.4.1. PRUEBA DE NORMALIDAD.....	73
3.4.2. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT .....	74
3.4.3. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT .....	78
3.4.4. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PASIVA, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.....	82
3.4.5. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT .....	86
3.4.6. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT .....	90

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>105</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>107</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>112</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	52
TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	54
TABLA 3: NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	55
TABLA 4: SERVICIO EN EL QUE LABORAN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	56
TABLA 5: ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD/POST GRADO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	57
TABLA 6: TRABAJO EN OTRO LUGAR, EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	58
TABLA 7: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ANÁLISIS LÓGICO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	59
TABLA 8: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE REVALORIZACIÓN POSITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	60
TABLA 9: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE ORIENTACIÓN Y APOYO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	61
TABLA 10: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	62
TABLA 11: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN COGNITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	63
TABLA 12: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACEPTACIÓN /RESIGNACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	64
TABLA 13: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE GRATIFICACIONES EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL	

DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	65
TABLA 14: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DESCARGA EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	66
TABLA 15: AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	67
TABLA 16: DESPERSONALIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	68
TABLA 17: NO REALIZACIÓN PERSONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	69
TABLA 18: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	70
TABLA 19: SINDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	71
TABLA 18: TABLA CRUZADA ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y EL SINDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	72
TABLA 21: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS .....	73
TABLA 22: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. ....	754
TABLA 23: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. ....	798
TABLA 23: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. ....	832
TABLA 25: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. ....	876
TABLA 26: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. ....	910



## INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017.....	53
GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	54
GRÁFICO 3: NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	55
GRÁFICO 4: SERVICIO EN EL QUE LABORAN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	56
GRÁFICO 5: ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD/POST GRADO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	57
GRÁFICO 6: TRABAJO EN OTRO LUGAR, EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	58
GRÁFICO 7: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ANÁLISIS LÓGICO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017.....	59
GRÁFICO 8: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE REVALORIZACIÓN POSITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	60
GRÁFICO 9: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE ORIENTACIÓN Y APOYO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	61
GRÁFICO 10: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	62
GRÁFICO 11: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN COGNITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017.....	63
GRÁFICO 12: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACEPTACIÓN /RESIGNACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	64
GRÁFICO 13: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE GRATIFICACIONES EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	65

GRÁFICO 14: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DESCARGA EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	66
GRÁFICO 15: AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	67
GRÁFICO 16: DESPERSONALIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	68
GRÁFICO 17: NO REALIZACIÓN PERSONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	69
GRÁFICO 18: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017.....	70
GRÁFICO 19: SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017 .....	71
GRÁFICO 20: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS. ....	74
GRÁFICO 21: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.....	78
GRÁFICO 22: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PASIVA, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS... ..	82
GRÁFICO 23: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.....	86
GRÁFICO 24: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.....	90

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017, para lo cual se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional, y de una población de 230 licenciadas en enfermería que laboran en el Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, se eligió una muestra de 132 enfermeras luego de haber efectuado el respectivo cálculo del tamaño muestral; a las enfermeras conformantes de la muestra que se les aplicó el “Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI)” para valorar las estrategias de afrontamiento al estrés y el “Inventario de Burnout de Maslach” (MBI), para valorar el síndrome de Burnout; entre los resultados se destaca que: el 14.4 % de las enfermeras tienen buenas estrategias de afrontamiento al estrés, el 12.2 % de las enfermeras están afectadas por el síndrome de Burnout; así también cuando mejoran las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.537).

Palabras clave: estrategias de afrontamiento al estrés, síndrome de Burnout, enfermería, hospital.

## **ABSTRAC**

The objective of the present study was to determine the relationship between stress coping and Burnout syndrome in nurses of the "Daniel Alcides Carrión" Regional Clinical Surgical Hospital in 2017, for which a cross-sectional descriptive study of correlation type was carried out. a population of 230 nursing graduates working in the Regional Clinical Surgical Hospital "Daniel Alcides Carrión", a sample of 132 nurses was chosen after having made the respective sample size calculation; To the nurses who were part of the sample, the "Coping Response Inventory (CRI)" was applied to evaluate stress coping strategies and the "Maslach Burnout Inventory" (MBI), to assess the Burnout syndrome; among the results it is highlighted that: 14.4% of nurses have good coping strategies to stress, 12.2% of nurses are affected by Burnout syndrome; thus, when strategies to cope with stress improve, the conditions of Burnout syndrome in nurses are reduced (Pearson correlation coefficient of -0.537).

Key words: coping strategies to stress, Burnout syndrome, nursing, hospital.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Las estrategias de afrontamiento al estrés, son los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordante a los recursos del individuo; mientras que el 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; cuando los esfuerzos para afrontar las situaciones estresantes propias del ejercicio profesional de la enfermería resultan ineficaces e insuficientes entonces aparecen manifestaciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (1).

Para soportar las situaciones de estrés, las estrategias de enfrentamiento (coping) son utilizadas, a fin de que las adversidades sean vivenciadas de manera más adecuada. Sin embargo, en ausencia de estrategias efectivas para la neutralización del estrés, el síndrome de Burnout puede ocurrir. La enfermería como profesión es considerada como una de las más estresantes, la exposición diaria a factores adversos del propio ambiente y de las condiciones críticas de los pacientes, está fuertemente asociado con las manifestaciones del estrés (2).

Cuando las conductas de afrontamiento de las enfermeras vencen las demandas de las situaciones estresantes, neutralizan sus efectos y reducen la posibilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Algunas enfermeras poseen un estilo de afrontamiento que es una predisposición personal para hacer frente a las situaciones, estos estilos se caracterizan por ser estables y consistentes en el tiempo y se utilizan en determinados contextos; sin embargo las estrategias de afrontamiento son acciones deliberadas que dependen de los hechos que condicionan la situación estresante, un adecuado estilo o una buena estrategia de afrontamiento aplaca la aparición del síndrome de Burnout (3).

Es común que muchas enfermeras por su formación o por su propia experiencia profesional hayan adoptado estilos y estrategias de afrontamiento directas aplicada a la fuente de estrés con la búsqueda de soluciones alternativas, utilizadas cuando las condiciones se muestran como susceptibles de cambio, Otras enfermeras, recurren a un afrontamiento indirecto tratando de controlar sus propias emociones, se toma esta estrategia cuando se percibe que se es incapaz de controlar el ambiente; sin embargo esta última modalidad es la que se vincula más a la presencia del síndrome de burnout y a otras alteraciones de la salud mental (4).

También se ha visto que las enfermeras utilizaban estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumentaba el nivel de síndrome de Burnout, quienes presentaban niveles menores de realización personal utilizan menos análisis lógicos, y menos ejecución de acciones que conduzcan a la resolución del problema. Las enfermeras con un nivel medio de cansancio emocional emplean más el control afectivo en relación a quienes tenían un nivel bajo o alto de agotamiento emocional.

Las enfermeras con altos niveles de síndrome de Burnout emplean estrategias tales como desconexión conductual y consumo de sustancias, y, por el contrario, quienes manifestaban niveles elevados de realización personal empleaban más estrategias de afrontamiento activas, tales como planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva (5).

En el 2014, Mctiernan K y Mcdonald N, en un estudio realizado en Dublín Irlanda, encuentran que el 85% de las enfermeras que recurren a estrategias de afrontamiento activo, centrado en el problema, no presentan síndrome Burnout; asimismo evidencia que el compromiso empático con las experiencias traumáticas de los clientes puede afectar la salud mental de los profesionales de enfermería, las enfermeras también pueden ser desmotivadas por los mismos clientes que rotan dentro y fuera de los servicios, lo que afecta negativamente a la realización personal. Además, las intervenciones y los resultados son menos tangibles que otras carreras, ya que la atención se produce principalmente a través de la interacción (6).

En el 2014, Salaree M, Zarejyan A, Ebadi A, Salaree M, realizan un estudio en Tehran IR, Iran; en donde evidencian que aquellas enfermeras que recurren a la estrategia de negación y a la desconexión mental frente al estrés, reportan mayor cantidad de casos de síndrome de Burnout, así también reportan que las salas de hospitalización están llenas de presión y caos, las enfermeras tienen que manejar crisis y admisiones involuntarias, involucrarse con pacientes agudamente enfermos con necesidades complejas esta inadecuada situación lleva al agotamiento emocional y a la despersonalización (2).

En el 2015, Barbosa R, Machado E, Siqueira A y Grillo K, realizan un estudio en Sao Paulo, Brasil en donde determinan que la enfermera siempre está expuesta a factores de estrés como la supervisión deficiente, problemas de seguridad, conflictos de roles y dificultades de comunicación; y aquellas que afrontan estas situaciones recurriendo a estrategias de afrontamiento de negación, desconexión conductual y mental, presentan mayores niveles de despersonalización y agotamiento emocional (7).

En nuestro país, Huamán X, en el 2016, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Lima, determina que el 85 % de las enfermeras con una estrategia de afrontamiento dirigido al problema, no presentan síndrome de Burnout, mientras que el 70% de las enfermeras con un estilo enfocado a la emoción presentan agotamiento emocional, se concluye que las estrategias de afrontamiento activas tienen efectos protectores ante el síndrome de burnout, mientras que las estrategias pasivas están relacionadas positivamente con el cansancio emocional (8).

En los diversos hospitales de la región Junín se ha podido observar que el personal de enfermería sobrelleva a diario múltiples situaciones estresantes, tal es así que Álvarez L, en el 2013, determina que el 40 por ciento de las enfermeras tiene síndrome de Burnout, muchas de ellas se sienten frustradas por el trabajo que realizan, creen que el tipo de trabajo que realizan las desensibilizan; sobre las estrategias de afrontamiento a veces actúan de forma directa en torno al problema, otras buscan apoyo emocional de amigas y familiares, también intentan ver las dificultades de manera diferente para hacerlas más pasaderas (9).



En el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, es común observar enfermeras con respuestas fallidas ante situaciones estresantes, la forma en que buscan adaptarse o ajustarse al contexto estresante no es el más apropiado, este fallo deja a las enfermeras una sensación de fracaso, asimismo la falta de especificidad de funciones, la falta de autonomía y autoridad en el trabajo y la sobrecargas de trabajo les lleva a la despersonalización y agotamiento emocional además es común que se quejen de constantes dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, taquicardias, dolor en el pecho, agresividad, hostilidad, ausentismo laboral, retrasos, etc., esta situación afecta la calidad de atención que el personal proporciona a los pacientes.

Por todo lo dicho anteriormente fue propósito del estudio determinar la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del hospital regional clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

## **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del hospital regional clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?

### **1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. ¿Cuáles son las características del afrontamiento al estrés en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?
2. ¿Cuáles son las características del síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?
3. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de razonamiento y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de acción y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?
6. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés emotivas y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?

## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

### 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.2.1 Establecer las características del afrontamiento al estrés en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

1.2.2.2. Establecer las características del síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

1.2.2.3. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés **de razonamiento** y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

1.2.2.4. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés **de acción** y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

1.2.2.5. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de **aceptación pasiva** y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

1.2.2.6. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés **emotivas** y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

#### **1.3.1. TEÓRICA O CIENTÍFICA**

Al desarrollar este estudio se pudo comprender mejor la forma en que determinadas estrategias de afrontamiento al estrés se asocian con la presencia del síndrome de Burnout, ya que este problema también está explicado por el tipo de personalidad, problemas psicológicos subyacentes, sobrecarga de trabajo en el hogar, etc. de esta forma se aportaron algunas evidencias concordantes con la teoría del intercambio social en el síndrome de Burnout.

#### **1.3.2. SOCIAL O PRÁCTICA**

Apoyados en los hallazgos de este estudio hemos sugerido la implementación de un programa de entrenamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas ante el estrés; con lo que se reducirá la intensidad del estrés y la posibilidad de aparición del síndrome de Burnout que a su vez mejorará el desempeño laboral y calidad de atención a los pacientes.

#### **1.3.3. METODOLÓGICA**

La investigación ejecutada comprobó la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, estos instrumentos podrán ser utilizados en futuros trabajos de investigación y en procesos de tamizaje poblacional.

## **1.4. ANTECEDENTE DE ESTUDIO**

### **1.4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Villalobos M, en el 2012 realiza un estudio titulado “Burnout y estrategias de afrontamiento en personal de Enfermería oncológica”, con el objetivo de determinar la relación entre Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamientos en personal de enfermería oncológica, para lo cual realizo un estudio descriptivo, transversal y correlacional, considerando una muestra de 57 enfermeras de hospitales universitarios de Maracaibo, Venezuela en quienes se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), y el Inventario de Estrategias de afrontamiento de COPE (CSI), entre los resultados se destaca que existe una relación significativa negativa entre la realización personal y las inadecuadas estrategias de afrontamiento, asimismo se observa que el uso de mecanismo de afrontamiento no funcionales explican la aparición del síndrome de Burnout (10).

Barbosa R, Machado E, Siqueira A, en el 2015, ejecutan un estudio denominado “Estrés, afrontamiento y burnout entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos: factores asociados”, con el objetivo de Investigar el estrés emocional, el afrontamiento y el agotamiento entre el personal de enfermería y su asociación con los factores biosociales y las características del trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), para lo cual realizaron un estudio transversal, realizado en ocho UCI en un hospital de enseñanza de la ciudad de São Paulo, Brasil, con una muestra de 287 enfermeras a las que se les aplicó el “Latack’s Coping Scale” y el “Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey”, entre los resultados más importantes se destaca que existen niveles moderados de estrés entre

los sujetos estudiados y una baja prevalencia de burnout, las estrategias de control de afrontamiento fueron las más utilizadas por los profesionales (11).

Vilariño O, en el 2015, realiza un estudio titulado “Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de urgencias” del Hospital Universitario Central de Asturias, España, con el objetivo de determinar el nivel de desgaste emocional e identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal de enfermería en los servicios de urgencias del hospital, realizaron un estudio descriptivo transversal, considerando una muestra de 69 enfermeras en quienes aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), desarrollada y validada por Sandín y Chorot; entre los resultados se resalta que el 82.5% de enfermeras que adoptan un estilo de afrontamiento dirigido al problema, orientándose a encontrar la solución del problema, organizan y planifican estrategias de acción o buscan consejo, asistencia, información y orientación en otras personas, no poseen síndrome de Burnout; sin embargo aquellas que se dirigen a la emoción poseen elevados niveles de despersonalización y agotamiento emocional (12).

Arrogante O, Aparicio E, en el 2017, realiza un estudio titulado “Herramientas para hacer frente al Burnout en el personal de Enfermería: apoyo social, resiliencia y estrategias de afrontamiento” con el objetivo de establecer las diferencias en apoyo social, resiliencia, estrategias de afrontamiento y las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales de enfermería de unidades especiales y de hospitalización; determinar las variables psicológicas que predicen el burnout en dichos profesionales, para lo

cual realizan un estudio correlacional de tipo transversal, considerando una muestra de 133 profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) a los que se les administró el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBIHSS) y el Brief-Cope (afrentamiento), entre los resultados se encuentra que unas inadecuadas estrategias de afrontamiento se asocian con la falta de realización personal asimismo de las enfermeras con síndrome de Burnout el 74% tiene inadecuadas estrategias de afrontamiento (1).

#### 1.4.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ramírez R, en el 2016, desarrolla un estudio titulado “Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento al estrés, en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo” con el objetivo de determinar el nivel del Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento frente al estrés en enfermeros, para lo cual realizó un estudio cuantitativo, aplicativo, descriptivo y transversal, considerando una población y una muestra de 23 profesionales de enfermería, se les aplicó el “Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)” y el “Cuestionario Afrontamiento del Estrés Modificado (CAE)” como resultado más relevante se destaca que el 69% de los profesionales de enfermería que presentan síndrome de Burnout tienen inadecuadas estrategia de afrontamiento; asimismo las estrategias de Afrontamiento más utilizadas son las de tipo conductual (en base a la aproximación del problema), predominando las estrategias de búsqueda de orientación y apoyo y resolución del problema (3).

Gonzales M, en el 2015, realiza una investigación titulada “Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en el profesional de enfermería de la unidad de

cuidados intensivos del hospital III Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna 2014” con el objetivo de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería para lo cual desarrollo un estudio descriptivo trasversal, considerando una muestra de 15 enfermeras a las que les aplicó el “Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE)” y el “Inventario de Burnout de Maslach (MBI)”; entre los resultados se destaca que el 20% de las enfermeras presentan síndrome de Burnout, de ellas el 61.3% utilizan una estrategia de afrontamiento enfocado a la emoción; asimismo las enfermeras con altos niveles de síndrome de Burnout emplean estrategias tales como desconexión conductual y consumo de sustancias (13).



## **1.5. BASES TEÓRICAS**

### **4.2.1. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA**

El Síndrome de Burnout es uno de los principales problemas psicosociales hoy en día porque el hombre moderno, en detrimento del intenso ritmo de trabajo, tiene cada vez menos tiempo para actividades agradables como la recreación y estar en compañía de la familia. Destaca el estrés y, consecuentemente, el hombre alcanza el nivel crítico de desglose. El desgaste del estado de ánimo y la desmotivación junto con otros síntomas físicos y psíquicos hacen que el trabajador pierda el sentido de su relación con el trabajo y las cosas ya no tienen más importancia, haciendo cualquier esfuerzo inútil. Este síndrome es un concepto multidimensional que involucra tres habilidades: agotamiento emocional establecido en el agotamiento de los recursos emocionales para manejar situaciones de la vida cotidiana; despersonalización que involucra sentimientos negativos o bloqueos de sentimientos hacia las personas que entran en contacto con el profesional; y la falta de satisfacción personal que es la incapacidad del trabajador para ver su actividad de una manera positiva (5).

El Síndrome de Burnout se manifiesta a través de cuatro clases sintomáticas, siendo: físicas (fatiga constante, cambios en el sueño, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, trastornos cardiovasculares y respiratorios , y dolores musculares y / o musculoesqueléticos), psíquico (falta de atención, cambios en la memoria, ansiedad, impaciencia, cambios repentinos de humor, desconfianza y frustración), conductual (agresión, irritabilidad, negligencia en el trabajo, incapacidad para relajarse,

relaciones afectadas debido desprendimiento e indiferencia) y defensivo (aislamiento, sentimiento de omnipotencia, actitud irónica y cínica) (14).

Afecta principalmente a profesionales del servicio o cuidadores, cuando están en contacto directo con los usuarios, con énfasis en el profesional de enfermería, que a menudo están expuestos a problemas físicos y mentales carga de trabajo en las demandas de su trabajo, trabajo extenso, duplicado y algunas veces acompañado de turnos, trayendo problemas a la profesional y para la institución como un todo, porque este síndrome involucra la causa del ausentismo, genera pérdidas financieras y la institución organizacional (15).

Se pierden la capacidad de adaptarse al entorno de trabajo y muestran actitudes negativas hacia su trabajo, sus compañeros de trabajo y sus pacientes. En última instancia, se desarrollan tres síntomas clásicos: agotamiento, despersonalización y reducción de la realización personal.

1. Agotamiento: es la fatiga generalizada que puede estar relacionada con dedicar demasiado tiempo y esfuerzo a una tarea o proyecto que no se percibe como beneficioso. Por ejemplo, una sensación de agotamiento, particularmente agotamiento emocional, puede ser causada por seguir cuidando a un paciente que tiene muy pocas posibilidades de recuperación.

2. Despersonalización: es una actitud distante o indiferente hacia el trabajo. La despersonalización se manifiesta como conductas negativas, insensibles y cínicas; o interactuando con colegas o pacientes de una manera impersonal. La despersonalización puede expresarse como comentarios poco profesionales dirigidos

a los compañeros de trabajo, culpando a los pacientes de sus problemas médicos o la incapacidad de expresar empatía o dolor cuando un paciente fallece.

3. El logro personal reducido es la tendencia a evaluar negativamente el valor del trabajo, sentirse insuficiente con respecto a la capacidad de realizar el trabajo y una autoestima profesional generalizada deficiente (16).

Las personas con SB también pueden desarrollar síntomas inespecíficos que incluyen sentirse frustrados, enojados, temerosos o ansiosos. También pueden expresar una incapacidad para sentir felicidad, alegría, placer o satisfacción. SB puede asociarse con síntomas físicos que incluyen insomnio, tensión muscular, dolores de cabeza y problemas gastrointestinales (17).

Desde la aparición del SB como constructo psicológico han surgido diversos modelos explicativos para materializar las variables y componentes psicológicos del mismo, tomando como referencia 3 modelos psicosociales a saber: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional (18).

Los riesgos psicosociales y el estrés laboral se encuentran entre los más desafiantes en el campo de la salud y seguridad ocupacional, impactando no solo en el bienestar de las personas sino en la estructura de las organizaciones, empresas y economías nacionales en general. El impacto de estos factores se ha detectado en numerosos problemas relacionados con el trabajo, como el aumento del peligro de enfermedades cardíacas, problemas gastrointestinales, ansiedad, depresión, ausencia, fatiga, accidentes, abuso de sustancias, trastornos musculoesqueléticos, conflictos trabajo-familia y agotamiento síndrome (19).

Burnout es un fenómeno relacionado con el estrés que ha recibido amplia atención como un problema importante tanto para las personas afectadas como para la sociedad. A pesar de que este tema ha sido analizado por numerosas publicaciones científicas, aún faltan estudios controlados de calidad sobre el síndrome de burnout, y aún se necesita mucha investigación para establecer las bases científicas de esta entidad. No se ha establecido una definición general de burnout y sus criterios diagnósticos vinculantes, mientras que los posibles factores casuales aún son objeto de mucha controversia (20).

El agotamiento es un síndrome psicológico descrito como una respuesta específica a la exposición prolongada a factores estresantes relacionados con el trabajo y tiene tres componentes: agotamiento, despersonalización y reducción de la autoeficacia. El agotamiento indica la sensación de estar sobreextendido y agotado de recursos emocionales y físicos; la despersonalización (o cinismo) se refiere a la indiferencia o actitudes distantes hacia los clientes del servicio (o el trabajo en general); la reducción de la autoeficacia (o realización personal) se refiere a una sensación de incompetencia o falta de logros y productividad en el trabajo (21).

Los resultados del agotamiento en el lugar de trabajo generalmente están relacionados con los costosos incrementos en la rotación, el ausentismo y la productividad reducida para el individuo y la organización, así como también efectos negativos en el destinatario de los servicios. El estrés se conceptualiza como el estado psicológico que ocurre cuando existe un desajuste entre las percepciones sobre la importancia de una demanda y las creencias sobre la capacidad de uno para sobrellevarla. La forma en que las personas perciben y valoran su situación laboral

puede conducir su comportamiento de afrontamiento, y esto, a su vez, retroalimenta a cómo perciben la situación laboral futura, incluso si las demandas de esas situaciones coinciden con sus capacidades (experimentadas) de afrontamiento (22).

El enfoque de Freudenberg sobre el agotamiento como un estado de agotamiento resultante del trabajo excesivamente intenso y la falta de preocupación por las necesidades personales refleja bien la perspectiva clínica. La descripción de Freudenberg representó a hombres y mujeres jóvenes idealistas (supera cámbulos) que cosecharon pocas recompensas por sus esfuerzos, incluso sacrificando su propia salud en el proceso, el agotamiento como "una pérdida progresiva del idealismo inicial, la energía y el propósito experimentado por las personas en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de su trabajo". Identificaron cuatro etapas de agotamiento (o desilusión): entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía. Además, identificaron las causas del agotamiento en las profesiones de ayuda en, entre otros, salarios insuficientes, largas jornadas de trabajo, callejones sin salida, falta de apreciación, impotencia y falta de capacitación. (23).

El enfoque existencialista definió el agotamiento como "sensación de fracaso de personas altamente motivadas". La perspectiva existencial se basa en la suposición de que las personas buscan un sentido de significación existencial a través de su trabajo y tienen razones psicodinámicas para su elección de carrera. Por lo tanto, los factores individuales que predisponen al agotamiento son la estructura de personalidad primaria (por ejemplo, idealismo, perfeccionismo, timidez, inseguridad e inestabilidad emocional), las estrategias inadecuadas o deficientes para lidiar con el estrés, las expectativas decepcionadas y las experiencias negativas y el estilo de vida

(por ejemplo, inadecuado apoyo debido a la falta de relaciones / asociaciones sociales) (24).

#### **4.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT FACTORES Y CONSECUENCIAS**

La perspectiva sociopsicológica identifico las condiciones ambientales de trabajo que conducen al agotamiento. Se hizo hincapié en cómo el estrés relacionado con el rol causado por las demandas emocionales, podría conducir a la fatiga mental del empleado, el tratamiento mecanicista de los clientes y la percepción de una menor capacidad para tener éxito en su trabajo. Mientras que Freudenberger vio el agotamiento como un mayor esfuerzo por parte del trabajador profesional, Maslach lo consideró como un factor que conducía a la retirada del trabajador y a la tendencia a tratar a los clientes de una manera indiferente y deshumanizada. Al principio, Maslach trazó el desgaste en las profesiones de ayuda y alto contacto, basándose en la teoría de que los factores individuales, socioculturales y culturales combinados con las altas demandas emocionales (factores de estrés relacionados con el cliente) podrían influir en la interacción entre empleados y clientes (25).

Las demandas de emoción (o trabajo de emoción) se definen como el requisito de trabajo para mostrar emociones específicamente demandadas. El trabajo profesional orientado a las personas exige una gran cantidad de energía emocional, cognitiva y física. Estas sobrecargas y demandas conflictivas pueden llevar al agotamiento emocional, cansancio mental y fatiga física. El trabajo emocional ocurre cuando el empleador requiere que los empleados controlen sus emociones para mostrar las emociones apropiadas al paciente. A medida que el trabajo emocional determina la

calidad de las ocupaciones relacionadas con la interacción social, la exposición a altas demandas emocionales se relaciona con varios resultados negativos relacionados con el estrés, como el agotamiento emocional y el agotamiento (26).

Este tipo de consecuencias personales que genera el SB termina posibilitando la presencia de huelgas y absentismo laborales, que influyen de manera directa en la calidad y cantidad del rendimiento laboral (27).

De acuerdo a la Teoría del Ajuste del Entorno Personal, el desequilibrio entre demandas y oportunidades en el entorno laboral y las habilidades y expectativas del empleado es el antecedente más importante del proceso de estrés y deterioro de la salud (28).

Las áreas de vida laboral que inducen al Burnout son: 1) sobrecarga de trabajo que ocurre cuando las demandas de trabajo exceden los límites humanos; 2) falta de control que ocurre cuando las personas tienen poco control sobre el trabajo que hacen; 3) recompensa insuficiente (falta de recompensas apropiadas para el trabajo); 4) desglose de la comunidad que ocurre cuando las personas pierden un sentido de conexión positiva con los demás en el lugar de trabajo; 5) ausencia de imparcialidad que ocurre cuando falta un sistema de justicia y procedimientos justos, que mantienen el respeto mutuo en el lugar de trabajo; 6) conflicto de valores que ocurre cuando hay un desajuste entre los requisitos del trabajo y los principios personales de las personas (29).

### **4.2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERÍA**

La tensión (o angustia) surge cuando las demandas, presiones o restricciones ambientales son percibidas (valoradas) por la persona como excediendo sus recursos o capacidades para manejarlas.

Existen seis categorías generales de factores estresantes relacionados con el trabajo:

1. Factores intrínsecos al trabajo en sí, estos incluyen el entorno físico, las cargas de trabajo, las horas de trabajo, el uso de tecnologías y la exposición a riesgos o peligros.

2. Roles en la organización, que abarcan variables tales como responsabilidades de roles, ambigüedad de roles, conflicto de roles y sobrecarga de roles.

3. Relaciones sociales en el trabajo, como aquellas con supervisores, colegas y clientes o clientes.

4. Desarrollo profesional, esta categoría incluye la inseguridad laboral, la percepción de una promoción insuficiente o excesiva y los sentimientos de falta de logro de los objetivos o ambiciones profesionales de uno.

5. Factores organizacionales, estos pueden ser de gran alcance, que abarcan la estructura formal de la organización, el clima político dentro de la empresa o la empresa, las políticas organizacionales (por ejemplo, sobre contratación y promoción) y su impacto en la justicia percibida en la organización. La falta de participación efectiva en los procesos de toma de decisiones es un estresor organizacional frecuentemente citado, junto con estructuras excesivamente

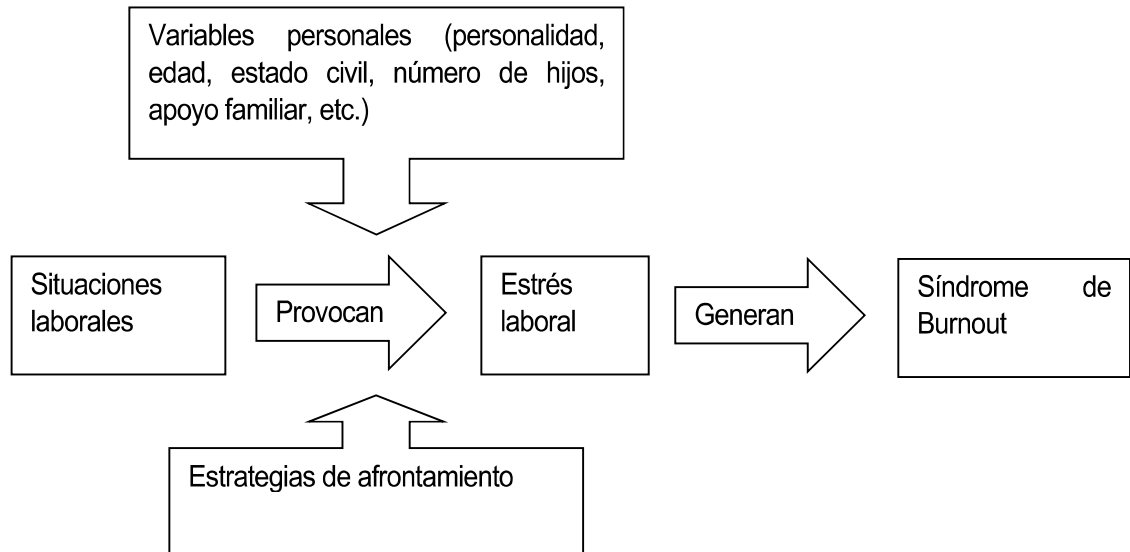


burocráticas que inhiben la flexibilidad y la innovación. Las estrategias de comunicación inapropiadas e ineficaces (especialmente por parte de la gerencia) también han sido reportadas como contribuyentes significativos a la tensión de los empleados. Los factores anteriores a menudo se consideran aspectos de la cultura o el clima de la organización.

6. La interfaz trabajo casa, conflicto o interferencia entre el trabajo y (por ejemplo) la vida familiar se ha encontrado consistentemente como un gran estresor para muchos trabajadores. Las categorías anteriores de factores estresantes (peligros) proporcionan un punto de partida valioso para las exploraciones para hacer frente a las dificultades y problemas relacionados con el trabajo (4).

El afrontamiento está relacionado con un procesamiento cognitivo o de interacción social que surge como resultado de un evento o situación estresante y sugiere el modo en que una enfermera intenta resistir y superar demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio. Por ello, cuando las demandas de la enfermera exceden sus recursos, se genera el estrés, el estrés es la consecuencia del desequilibrio entre los recursos de la enfermera y las demandas de la situación; por lo tanto, el afrontamiento es la puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que la enfermera evalúa como excesivas y desbordantes en comparación a sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que la enfermera despliega de acuerdo con los recursos que el medio sanitario y cultural le ofrecen (30).

Esquema 01: Estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout



Elaboración: propia

Hay dos dimensiones de evaluación, la primera (evaluación primaria) es una evaluación por parte del individuo de si un evento, persona u objeto representa una amenaza potencial para su bienestar, y el segundo (evaluación secundaria) es la evaluación de la persona de los recursos disponibles para enfrentar la amenaza y qué posibles medidas de acción podrían tomar (31)

La esencia del enfoque transaccional del estrés es que "el estrés se relaciona con aquellas transacciones donde las demandas ambientales son percibidas como desafiantes o que gravan la capacidad del individuo para enfrentarlo, amenazando así el bienestar y requiriendo esfuerzo individual para resolver el problema". La evaluación cognitiva proporciona encuentros estresantes o transacciones con significado. La evaluación primaria es esencialmente un proceso por el cual la persona determina lo que está en juego para ellos en la situación. ¿Es la transacción una que amenazaré su bienestar (físico, psicológico o social) o, por el contrario, les ofrece un desafío que pueden enfrentar con cierto nivel de confianza y que puede

mejorar su bienestar? ¿O es uno que no afecta de ninguna manera a su funcionamiento, en otras palabras, es neutral con respecto a su bienestar? Por lo tanto, las personas infunden significado en sus transacciones con su entorno. El significado también es un problema importante con respecto a la evaluación secundaria, especialmente porque la elección de las reacciones de afrontamiento determinará la naturaleza de la transacción entre la persona y su entorno, y tendrá implicaciones significativas para sus niveles subsiguientes de estrés y bienestar (32).

Existe una distinción importante entre los comportamientos de afrontamiento (o estrategias) y los estilos de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son comportamientos dirigidos a factores estresantes específicos. Por ejemplo, uno puede esforzarse por gestionar las demandas excesivas de trabajo mediante el uso de la gestión del tiempo (ver más adelante para una discusión de esta estrategia) o la delegación de tareas a otras personas. Estos son comportamientos muy específicos destinados a reducir el estresor particular (sobrecarga). Los estilos de afrontamiento, por otro lado, reflejan formas relativamente consistentes o habituales de enfrentar los factores estresantes en general. Por ejemplo, algunas personas generalmente pueden lidiar con los factores estresantes en su trabajo: la vida al confrontarlos de frente, utilizando un enfoque centrado en el problema para resolver los problemas que están enfrentando. Otros pueden adoptar un enfoque más despreocupado, tal vez utilizando varios tipos de afrontamiento centrado en la emoción para calmar sus preocupaciones sobre la importancia de los problemas. Existe cierta evidencia de que los individuos muestran estilos de afrontamiento, aunque las estrategias también pueden variar según la naturaleza de los factores estresantes específicos relacionados con el trabajo (33).

Existen varias tipologías o modelos diferentes de conductas de afrontamiento (estrategias) que se han construido a lo largo de los años. Algunos de ellos se han basado en investigaciones empíricas sobre comportamientos reales de personas que enfrentan factores estresantes. El modelo de Lazarus-Folkman, que como se señaló anteriormente proporcionó una plataforma de lanzamiento para gran parte de las siguientes investigaciones sobre el afrontamiento del estrés, identifica dos estrategias principales de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción (34).

La principal distinción entre ellos es que el afrontamiento centrado en el problema se esfuerza por cambiar la situación, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se centra en modificar las percepciones, cogniciones y emociones de la persona, ninguna estrategia es inherentemente más valiosa o efectiva que la otra, y cada una puede ser más apropiada para diferentes circunstancias. El afrontamiento centrado en el problema es más ventajoso cuando la situación es (al menos en cierta medida) controlable, pero cuando la persona no puede ejercer un control significativo sobre el factor estresante, es posible que sus esfuerzos no afecten demasiado, sí el estrés; el afrontamiento centrado en la emoción puede ser más efectivo (35).

Billings y Moos sugirieron una conceptualización tripartita de afrontamiento:

- Afrontamiento cognoscitivo activo: adoptando una perspectiva positiva de la situación; pensando en cursos de acción alternativos.
- Comportamiento conductual activo: consultar con otras personas sobre cómo manejar la situación; tratando de descubrir más sobre la situación; tomando pasos positivos para abordar el problema.

- Evitación: ignorar la situación; defluyendo la atención sobre otros asuntos; participar en actividades de distracción.

También se identificaron diferentes tipos de afrontamiento centrado en el problema, como el afrontamiento confrontativo, la búsqueda de apoyo social, la resolución planificada de problemas (36).

Carver, Scheier y Weintraub establecen:

- Enfrentarse activamente: planificar, actuar sobre el factor estresante.
- Evitar el afrontamiento: como se describió anteriormente, pero también incluye la desconexión mental.
- Apoyo: buscando apoyo instrumental o socio - emocional.
- Reestructuración cognitiva positiva: reinterpretación positiva del significado de la situación; usando humor; aceptación de la situación (35).

Mientras que las categorizaciones anteriores se derivaron predominantemente de argumentos teóricos, otros investigadores han desarrollado modelos de afrontamiento basados en categorías empíricamente derivadas de conductas de afrontamiento. Los principales elementos del afrontamiento centrado en el problema son la planificación y la toma de decisiones, la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social (especialmente la asistencia práctica) y la adopción de medidas directas para abordar el factor estresante (32).

El afrontamiento centrado en las emociones, por otro lado, se caracteriza por una variedad de características, algunas de las cuales pueden ser positivas y otras negativas en sus efectos. Enfatizar los aspectos positivos de la situación y la reevaluación positiva del significado y significación del estresor ejemplifica las estrategias centradas en la emoción que pueden generar resultados positivos a partir de una transacción estresante. Las estrategias potencialmente menos eficaces son escapar, evitar, desear, culparse a sí mismo y supresión (8).

Un tipo final de enfrentamiento centrado en la emoción es la aceptación/resignación, que puede o no ser efectiva, dependiendo de la controlabilidad del factor estresante. En la mayoría de los casos, se puede argumentar que tal enfoque no representaría una estrategia efectiva para enfrentar los factores estresantes; sin embargo, en una situación como enfermedad terminal o discapacidad crónica, donde el individuo no tiene influencia sobre la fuente del estrés (por ejemplo, una enfermedad o discapacidad incesante), la aceptación y la resignación pueden ser dispositivos valiosos para aceptar la realidad que uno está enfrentando (21).

Skinner sugiere un sistema jerárquico de categorías de afrontamiento que abarca 13 categorías de orden superior (o "familias") de comportamiento de afrontamiento: resolución de problemas, búsqueda de apoyo, escape, distracción, reestructuración cognitiva, rumia, impotencia, aislamiento social, regulación emocional, información búsqueda, negociación, oposición y delegación (2).

Examinamos cómo las personas intentan lidiar con los factores estresantes relacionados con el trabajo, la literatura ha identificado variables de rol (ambigüedad, conflicto y sobrecarga) como factores de estrés principales para una variedad de

trabajadores, y ha demostrado consistentemente una asociación significativa entre los niveles de estos factores estresantes y el aumento de la tensión psicológica y la reducción del bienestar subjetivo (20).

En general, el afrontamiento activo enfocado en el problema se relaciona con la reducción del impacto negativo del conflicto de roles sobre la incertidumbre y (indirectamente) sobre la tensión relacionada con el trabajo. Por el contrario, los estilos de afrontamiento negativos (como la desaparición de las emociones negativas y la negación) se relacionaban con una mayor tensión cuando el personal militar experimentaba un factor estresante. En el trabajo existe los siguientes estresores (o factores de riesgo): demandas laborales, aburrimiento en el trabajo, cambio organizacional, inseguridad laboral y bullying y agresión (30).

Las demandas del trabajo pueden plantear retos y presiones importantes para los trabajadores, y se citan con frecuencia como causas principales de tensión y bienestar. El modelo de tensión/demanda de trabajo concuerda con demandas de trabajo con alta potencialidad como factores estresantes, y no hay duda de que las demandas excesivas gravan los recursos de una persona y pueden llevar a resultados perjudiciales, incluyendo un menor bienestar y salud, junto con una menor satisfacción con el trabajo y el compromiso con la. Por lo tanto, la forma en que las personas se esfuerzan por hacer frente a las demandas excesivas de trabajo es un tema importante (20).

Una respuesta de afrontamiento relativamente obvia es la gestión del tiempo, que intuitivamente parecería ser una estrategia efectiva para gestionar demandas competitivas en el contexto laboral. La gestión del tiempo implica varias actividades,

que incluyen definir los objetivos y lo que se desea lograr en un período de tiempo específico, decidir las tareas que se deben realizar para lograr estos objetivos, priorizar las tareas para garantizar que sea importante (o urgente) los que reciben la atención adecuada y planifican cómo utilizar efectivamente el tiempo disponible (por ejemplo, en un día determinado) para garantizar que se logren los objetivos planificados (11).

Además de estos comportamientos, una revisión de los logros al final de un período de tiempo determinado también es una actividad importante, para determinar si se han logrado las metas o, si no, los impedimentos para el logro de los objetivos. Aunque en principio estas tareas parecen relativamente sencillas, parecería que su puesta en práctica en la práctica a menudo puede ser muy poco simple. Sin embargo, la investigación ha ilustrado típicamente que el uso de la gestión del tiempo puede aliviar los síntomas de tensión derivados de las altas demandas de trabajo (27).

Presumieron una interacción de tres vías entre las demandas de trabajo, la gestión del tiempo y la autonomía en el agotamiento. Se predijo que las altas demandas de trabajo y la baja autonomía conducirían al agotamiento entre los maestros que informaron un bajo uso de la administración del tiempo. Esta hipótesis se confirmó con respecto al agotamiento emocional, el principal componente del agotamiento. Los autores sugieren que "la administración del tiempo compensa la baja autonomía, independientemente de si las demandas de trabajo son altas o bajas, pero lo hace más fuertemente cuando las demandas de trabajo son altas" (26).

Los comportamientos de escape (como la abstinencia, el consumo de alcohol y drogas y el sueño excesivo) estaban estrechamente relacionados con un mayor



conflicto trabajo - familia y más síntomas psicossomáticos, así como menor satisfacción laboral, mientras que el afrontamiento activo (hablar con los demás, resolver problemas, minimizar las preocupaciones) se asoció con una mayor satisfacción en el trabajo, aunque no se relacionó significativamente con el trabajo - conflicto familiar o síntomas psicossomáticos reducidos. Además, el afrontamiento de escape y el afrontamiento activo estaban negativamente relacionados entre sí (29).

Los comportamientos de afrontamiento centrados en la emoción y centrados en el problema se asocian con molestias o elevaciones, que a su vez influyen en la angustia psicológica y el bienestar. Los efectos indirectos del enfrentamiento, a través de molestias y levantamientos, eran más importantes que los efectos directos sobre la tensión y el bienestar. Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son desadaptativas en términos de bienestar, mientras que las estrategias centradas en el problema son adaptativas (27).

El riesgo de agotamiento entre las enfermeras es relativamente alto, las enfermeras intentan hacer frente a los factores estresantes encontrados en su trabajo y si estos esfuerzos de afrontamiento dieron resultados positivos, las estrategias de afrontamiento integrador (resolución de problemas) y dominancia (intentar salirse con la suya) se relacionaban con un bajo estrés laboral y mayores niveles de satisfacción laboral entre estas enfermeras, mientras que las estrategias obligatorias y de evitación mostraban patrones opuestos de relación con estrés y satisfacción laboral. Como era de esperar, los enfermeros de mayor experiencia y aquellos con un estatus más alto eran más propensos a participar en la integración o el dominio que sus contrapartes de menor estatus (8).

Las intervenciones centradas individualmente (o centradas en la persona) generalmente intentan lograr uno de dos objetivos: (a) modificar las evaluaciones de los factores estresantes, de modo que los individuos no se vean tan fuertemente influenciados por los factores estresantes, o (b) cambiar las formas de las personas de responder a los factores estresantes, ese es su comportamiento de afrontamiento (4).

Las conductas de afrontamiento se agrupan en cuatro categorías: 1. Comportamientos dirigidos al propio estado psicológico de la persona, como la planificación y evaluación de las aspiraciones personales. 2. Comportamientos relacionados con la salud, como la dieta, el ejercicio y el sueño, que están diseñados para mejorar el estado físico de uno. 3. Cambiar el comportamiento y las actividades de uno para mejorar la vida en general, por ejemplo, relajándose, tomando más vacaciones o desarrollando amistades cercanas para aumentar el apoyo social. 4. Comportamientos destinados a cambiar el entorno de trabajo, como reducir la carga de trabajo de uno, delegar algunas tareas a otras personas o incluso cambiar a un trabajo menos exigente (29).

Las intervenciones centradas en la organización se basan en la suposición de que la responsabilidad del manejo del estrés es compartida por el empleador y la administración, las organizaciones son ciertamente más receptivas a la investigación de fuentes de estrés relacionadas con el trabajo y se esfuerzan por hacer que el lugar de trabajo sea más "saludable" para sus empleados, hay tres categorías del enfoque de reducción del estresor:

a. Cambiar las tareas de la gente, como diseñar trabajos para que coincidan mejor con las habilidades y preferencias de los trabajadores o capacitar para aumentar la capacidad de los trabajadores para completar las tareas.

b. Cambiar las características del rol, lo que puede significar reducir la carga de trabajo, aumentar la participación en la toma de decisiones o reducir el conflicto de roles.

c. Cambiar las características de las organizaciones, como las estructuras de comunicación o gestión, y los procesos que pueden afectar a las personas directamente (por ejemplo, el sistema de recompensa, la capacitación y el desarrollo, los estilos de supervisión). (14).

Si bien es evidente que estas pueden ser estrategias distintas, también se superponen considerablemente y los cambios en un nivel pueden tener un impacto marcado en otros niveles. Por ejemplo, aumentar la participación de los empleados en la toma de decisiones puede influir en las formas en que las personas interactúan con sus supervisores y sus percepciones sobre su papel en la organización. Otra forma de considerar las intervenciones es reflexionar sobre el nivel de intervención, es decir, ¿qué intenta lograr la intervención? (18).

Un elemento clave para manejar el estrés es el proceso de evaluación, y que el estrés surge cuando las personas perciben los incidentes que ocurren en sus vidas como una amenaza para su salud y bienestar (psicológico o físico). Las interpretaciones individuales de los eventos y sus respuestas de afrontamiento son cuestiones clave que se deben evaluar al diseñar las intervenciones; los esfuerzos organizativos para modificar factores estresantes o reducir su impacto negativo sobre la salud y el

bienestar serán más efectivos si se adopta sistemáticamente una estrategia de auditoría de estrés o gestión de riesgos y se integra dentro de la estrategia general de gestión de recursos humanos de la organización (12).

## **1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**ESTRES LABORAL**, es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

**AFRONTAMIENTO**, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**, se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

**ENGAGEMENT**, es un estado contrario al síndrome de Burnout; es un estado psicológico positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción.

**ESTRÉS PERCIBIDO**, es una relación particular entre el individuo y su entorno, cuando este último es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y capaz de poner en peligro su bienestar

**LOCUS DE CONTROL INTERNO**, es la percepción del sujeto de que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir, la percepción de que él mismo controla su vida. Tal persona valora positivamente el esfuerzo, la habilidad y responsabilidad personal.

## **1.7. HIPÓTESIS**

### **1.7.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL**

La relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout es que: A mejores estrategias de afrontamiento al estrés, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017.

### **1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

1. A mejores estrategias de razonamiento, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017
2. A mejores estrategias de acción, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017
3. A mejores estrategias de aceptación pasiva, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017
4. A mejores estrategias emotivas, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017

## **1.8. VARIABLES DEL ESTUDIO**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estrategias de afrontamiento al estrés

VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de Burnout

VARIABLES DE INTERVINIENTES:

- Edad
- Servicio
- Estado civil
- Trabajo adicional
- Estudios de especialidad/post grado
- Número de hijos

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE: AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Estrategias de afrontamiento al estrés	Respuestas cognitivas o comportamentales para reducir o eliminar el estrés o las condiciones estresantes.	De razonamiento	Análisis Lógico	Intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar al estresor y sus consecuencias	Solución del estrés	Cualitativo ordinal	Ordinal
					Objetividad de la situación		
					Sentido de previsión		
					Sentido de Anticipación		
					Explicación de la situación		
			Antelación en el trabajo				
			Revalorización Positiva	Intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.	Fortaleza personal		
					Animo así mismo		
					Actitud positiva		
					Comparación de situaciones		
		Actitud proactiva					
		De acción	Búsqueda de Orientación y Apoyo	Intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación	Apoyo familiar		
					Apoyo de amistades		
					Soporte profesional		
					Ayuda de colegas		
					Búsqueda de información		
			Soporte espiritual				
			Resolución de Problemas	Intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema	Plan de acción frente al problema		
					Actitud de esfuerzo		
					Actitud de decisión		
Sentido de independencia							
Actitud de calma							
De aceptación pasiva	Evitación Cognitiva	Intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista	Dejar de lado la situación				
			Evadir la situación estresante				
			Deseo de vivir en otra realidad.				
			Sentido de evasión y afrontamiento				



			Aceptación-Resignación	Intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.	Deseo de inexistencia de problemas				
					Negación de los problemas				
					Actitud de desesperanza				
					Pérdida del control				
					Actitud de desánimo				
					Aceptación de la situación				
					Actitud de resignación				
					Perdida de la esperanza				
		Emotivas	Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	Alternativas conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción	Apoyo a otros compañeros				
					Realización de otras actividades.				
					Búsqueda de amigos				
					Búsqueda de distracciones				
					Práctica de actividades recreativas.				
					Decisión de volver a hacer actividades anteriores				
					Descarga Emocional			Intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.	Expresión de enojo o tristeza
									Actitud de apuro por el cambio
									Actitud de alejamiento
									Actitud de desahogo
Descarga de sentimientos									
			Intento por hacer algo						

VARIABLE DEPENDIENTE: SÍNDROME DE BURNOUT

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 Emocional	Es la sensación de agotamiento de recursos energéticos para responder con la afectividad adecuada en cada situación que se trata con otras personas	Sensación de agotamiento emocional por el trabajo	Cualitativo ordinal	Ordinal
				Sensación de agotamiento emocional al final del trabajo		
				Sensación de cansancio por las mañanas		
				Sensación de tensión por tener que trabajar con personas todos los días.		
				Sensación de desgaste por el trabajo		
				Sensación de frustración por el trabajo		
				Sensación de hacer un trabajo demasiado duro		
				Sentir que trabajar con personas le produce bastante estrés		
		Despersonalización	Es la creencia de que ya no se está actuando como una persona normal	Creencia de tratar a los pacientes como si fueran objetos		
				Creencia de tener un comportamiento insensible con la gente		
				Creencia de que el trabajo lo ha endurecido emocionalmente.		
				Creencia de que no le preocupa lo que les ocurra a los pacientes.		
		Baja Realización Personal	Es la sensación que no se están alcanzando los propósitos de vida planteados	Sensación de no poder relacionarme con las personas del trabajo (pacientes, colegas).		
				Sensación de no poder tratar los problemas de los pacientes.		
				Sensación de no estar influyendo positivamente en la vida de los pacientes.		
Sensación de no tener energía para realizar el trabajo.						

				Sensación de no poder crear un clima agradable con las personas del trabajo		
				Sensación de no tener ánimos después de trabajar con los pacientes.		
				Sensación de no haber conseguido cosas útiles con la profesión		
				Sensación de no saber tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo		

## **CAPITULO II**

### **MÉTODO**

#### **2.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. TIPO Y NIVEL**

La investigación realizada corresponde a una investigación aplicada de enfoque cuantitativo no experimental.

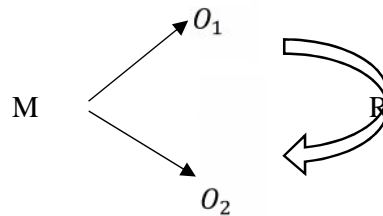
El estudio fue de tipo descriptivo transversal de nivel correlacional.

- Descriptivo, porque se trabajó con un solo grupo muestral en el que se identificó las estrategias de afrontamiento al estrés y sus características; también se describió las características del síndrome de Burnout (40).
- Transversal, porque los datos se recogieron en un solo momento para ambas variables sin hacer apreciaciones temporales entre la probable causa y el posible efecto, no existió seguimiento (41).
- Correlacional porque se buscó determinar en qué medida una variable le afecta a la otra, el propósito fue determinar el grado de relación y semejanza que pueda existir entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout; no se estableció una explicación completa de la causa – efecto de lo ocurrido, sino solo se aportaron indicios de el uso de determinadas estrategias como posibles causas de Burnout. Se empleó este método porque no es posible utilizar el método experimental, ya que las

variables consideradas en el contexto actual no pudieron ser manipuladas empíricamente (42).

### 2.1.2. DISEÑO

El estudio respondió al siguiente esquema:



Donde:

- $O_1$ = Conjunto de datos con respecto a las estrategias de afrontamiento.
- $O_2$ = Conjunto de datos con respecto al síndrome de Burnout.
- R= Relación existente entre ambas variables

### 2.2. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 230 licenciadas en enfermería que laboran en el Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017, y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Enfermeras que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
2. Enfermeras que venían laborando por más de dos años en la institución.
3. Enfermeras que aparentaban buen estado de salud.
4. Enfermeras que tenían una edad entre 25 y 60 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Enfermeras que se mostraron poco colaboradoras con el estudio.
2. Enfermeras que tenían algún problema administrativo o disciplinario con la institución.
3. Enfermeras con algún problema psicológico/psiquiátrico diagnosticado.
4. Enfermeras que estaban atravesando por algún problema familiar (separación, pérdida o enfermedad grave de un familiar cercano).

### 2.3. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

Para seleccionar a las enfermeras que conformaran a la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, pero antes se calcula el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral por proporciones para poblaciones finitas, que responde a la siguiente expresión matemática:

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

Dónde:

$Z_{\alpha/2}$  : Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).

p : Proporción de enfermeras que utilizan inadecuadas estrategias de afrontamiento al estrés y presentan síndrome de Burnout (74 % según Arrogante O, Aparicio E, 2017)

q : Proporción de enfermeras que utilizan inadecuadas estrategias de afrontamiento al estrés y no presentan síndrome de Burnout (26 %)

e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{230 * 0.74 * 0.26 * 1.96^2}{0.05^2 * (230 - 1) + 0.74 * 0.26 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{230 * 0.1924 * 3.84}{0.0025 * (229) + 0.1924 * 3.84}$$

$$n = \frac{169.93}{0.5725 + 0.739}$$

$$n = \frac{169.93}{1.312}$$

$$n = 129.4$$

$$n = 129$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se eligió a 132 enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017.



## **2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.4.1. PARA VALORAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS**

Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI)” de Moos propuesto en 1993, y adaptado por Mikulic en 1998. El Inventario CRI, combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento de un sujeto, por un lado considera la orientación o el foco del afrontamiento y por el otro el método de afrontamiento. Desde el foco de afrontamiento, las respuestas se dividen en: aproximación y evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. En general, el afrontamiento por aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en la emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicancias, o para manejar el afecto asociado al mismo. El Inventario se compone de 48 ítems que evalúan ocho respuestas de afrontamiento:

Análisis Lógico (AL): intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.

Revalorización Positiva (R): intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.

Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA): intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación

Resolución de Problemas (RP): intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.

Evitación Cognitiva (EC): intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.

Aceptación/Resignación (A): intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.

Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG): intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.

Descarga Emocional (DE): intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Las subescalas de AL, R, RP y BA se consideran estrategias de aproximación y las subescalas de EC, A, BG y DE se definen como estrategias de evitación. Desde el punto de vista del método de afrontamiento, las estrategias que pertenecen a la dimensión cognitiva son AL, R, EC y A, mientras que RP, BA, BG y DE corresponden a la dimensión conductual. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento.

Al responder este cuestionario, los sujetos seleccionan y describen un estresor o problema reciente en función del cual responden a los 48 ítems utilizando una escala

entre 0 y 4, cuyas opciones son: 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: muy buenas estrategias de afrontamiento [153.7 – 192], buenas estrategias de afrontamiento [115.3 - 153.6], ni buenas ni malas estrategias de afrontamiento [76.9 - 115.2], malas estrategias de afrontamiento [38.5 – 76.8] y muy malas estrategias de afrontamiento [0 – 38.4].

#### VALIDEZ

Mikulic I, en un estudio de Adaptación y Validación del instrumento (CRI – A) realizado en Buenos Aires - Argentina, comprobó la validez de constructo por análisis factorial, encontrando una  $KMO = 0,765$  con un Coeficiente de Bartlett de 0.00.

#### CONFIABILIDAD

Mikulic I, en un estudio de Adaptación y Validación del instrumento (CRI – A) realizado en Buenos Aires - Argentina, comprobó la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.85 (38).

### **2.4.2. PARA VALORAR EL SINDROME DE BURNOUT**

Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Inventario de Burnout de Maslach” (MBI), diseñado por Maslach et al. en 1986, en su versión de 22 ítems, evalúa tres dimensiones: agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización. Se utilizará la versión traducida al castellano por Hambleton y Patsula en 1999.

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0= nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana y 6= diariamente.

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

#### VALIDEZ

Montiel M, en un estudio de Adaptación y Validación del instrumento (Maslach Burnout Inventory) realizado en Sonora - México, comprobó la validez de constructo por análisis factorial, encontrando una  $KMO = 0,75$  con un Coeficiente de Bartlett de 0.00.

#### CONFIABILIDAD

Montiel M, en un estudio de Adaptación y Validación del instrumento (Maslach Burnout Inventory) realizado en Sonora - México, comprobó la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.91 (39).

## **2.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

### **PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS**

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos con el programa Microsoft office Excel 2016, la cual fue exportada al programa estadístico SPSS v.23 para Windows para su análisis.

Para determinar las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizaron las enfermeras, se contabilizaron los puntajes obtenidos en cada una de las estrategias, los puntajes mayores nos indicaron la estrategia que la enfermera está utilizando; también se construyeron tablas de frecuencia, se calcularon estadísticos descriptivos de forma global y para cada una de sus dimensiones.

Para determinar el grado del síndrome de burnout que presentan las enfermeras, se construyeron tablas de frecuencia, se calcularon estadísticos descriptivos de forma global y para cada una de sus dimensiones.

## **PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS**

Para determinar la asociación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout, se calculó el coeficiente de correlación “r de Spearman o r de Pearson” para luego someter estos estadígrafos a pruebas t student para correlaciones y así confirmar su significancia; de manera anticipada se evaluó la normalidad y la homocedasticidad de los datos. También se aplicarán algunas pruebas paramétricas y no paramétricas para examinar las variaciones de las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout por la edad, servicio, estado civil, número de hijos y estudios de post grado de las enfermeras. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ( $\alpha = 0.05$ ).

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

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna ( $H_0$ ,  $H_1$ ).
- Se eligió el tipo de prueba utilizar, previa comprobación de la normalidad y homocedasticidad.
- Se estableció el nivel de confianza ( $\alpha = 0.05$ )
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla y los grados de libertad.
- Se realizaron los cálculos con el programa estadístico SPSS v. 23 for Windows
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

## **2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

La presente investigación al ser un estudio descriptivo correlacional de corte transversal no incurrió en ninguna intervención directa sobre el profesional de enfermería y se desarrolló respetando los principios bioéticos; cuidando cumplir con los siguientes principios éticos:

Autonomía, solo se consideraron como participantes aquellos profesionales de enfermería que accedieron voluntariamente, sin incurrir en ningún tipo de coacción, para ello se brindó información sobre el proyecto y su importancia, además se hizo uso del consentimiento informado.

Beneficencia, el fin último del presente estudio estuvo orientado hacia la mejora de la atención; por lo que, el estudio fue metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son válidas y su aplicación beneficiosa.

No maleficencia, puesto que no se contempló ninguna acción que pueda perjudicar y/o empeorar la situación de las enfermeras, se aplicó en todo momento las normas del comité de ética del hospital donde se realizó el estudio.

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

Los datos e información que se obtuvieron de los profesionales fueron manejados de forma confidencial y con responsabilidad.

## CAPITULO III

### RESULTADOS

#### 3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENFERMERAS

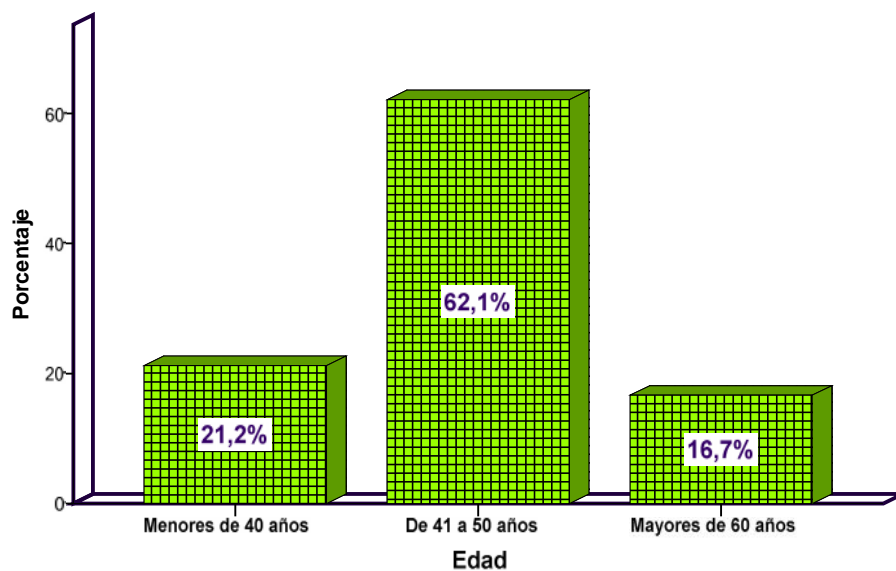
TABLA 1: EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Edad de las enfermeras	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 40 años	28	21,2
De 41 a 50 años	82	62,1
Mayores de 60 años	22	16,7
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*



GRÁFICO 1: EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

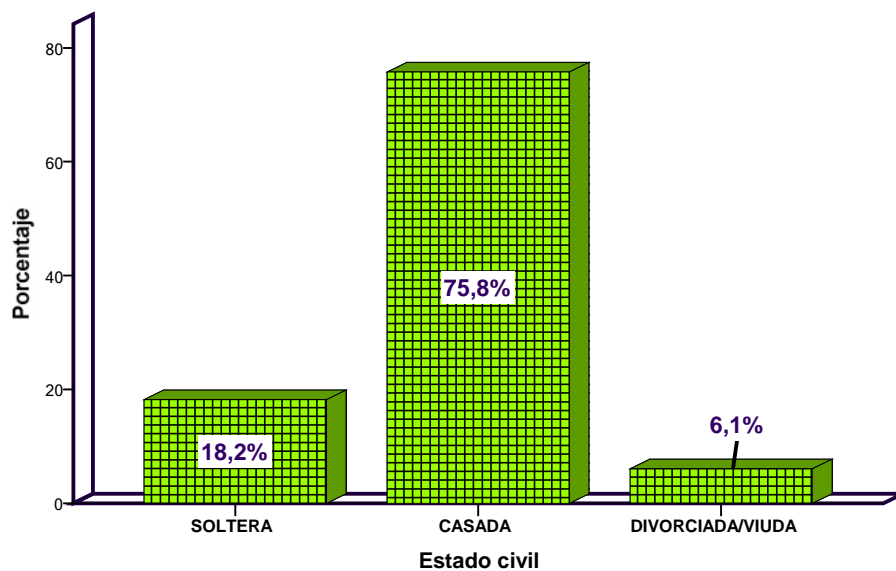
En la Tabla 1, Gráfico 1, se observa que de 132(100 %), 82(62.1 %) enfermeras tienen entre 41 y 50 años de edad.

**TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	24	18,2
Casada	100	75,8
Divorciada/viuda	8	6,1
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

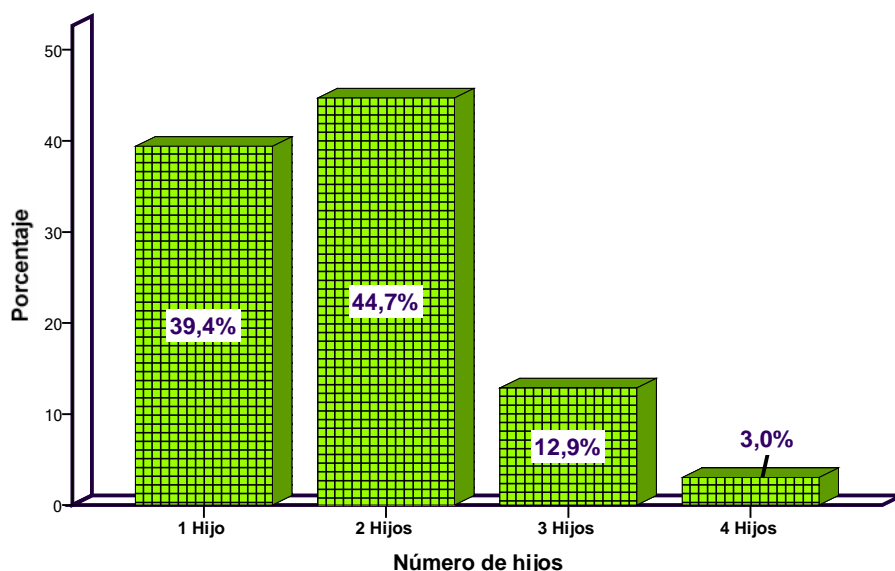
En la Tabla 2, Gráfico 2, se observa que de 132(100 %), 100(75.8 %) enfermeras son casadas.

**TABLA 3: NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1 Hijo	52	39,4
2 Hijos	59	44,7
3 Hijos	17	12,9
4 Hijos	4	3,0
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017*  
*Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 3: NÚMERO DE HIJOS DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017*  
*Elaboración: Propia.*

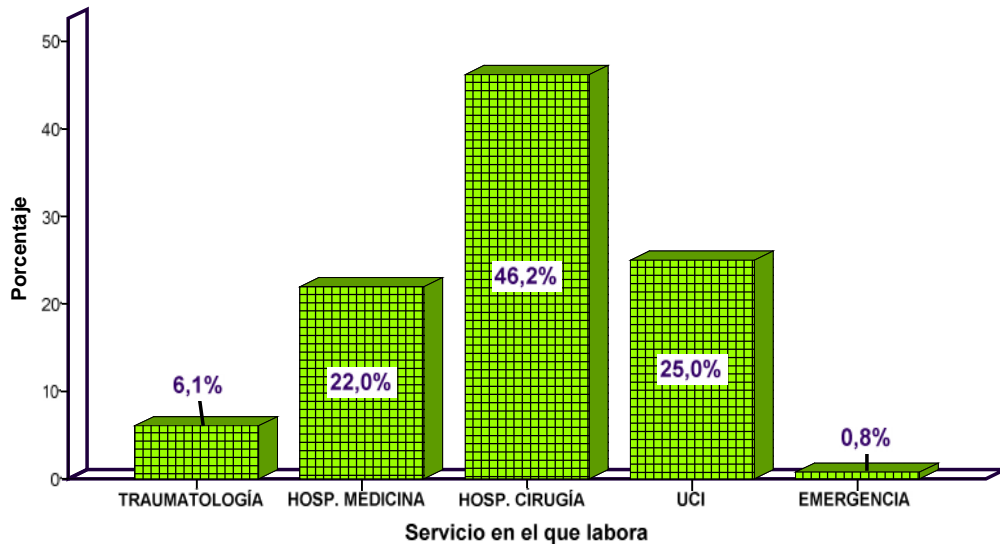
En la Tabla 3, Gráfico 3, se observa que de 132(100 %), 111(84.1 %) enfermeras tiene uno o dos hijos.

**TABLA 4: SERVICIO EN EL QUE LABORAN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Servicio en el que labora	Frecuencia	Porcentaje
Traumatología	8	6,1
Hosp. Medicina	29	22,0
Hosp. Cirugía	61	46,2
UCI	33	25,0
Emergencia	1	,8
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 4: SERVICIO EN EL QUE LABORAN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

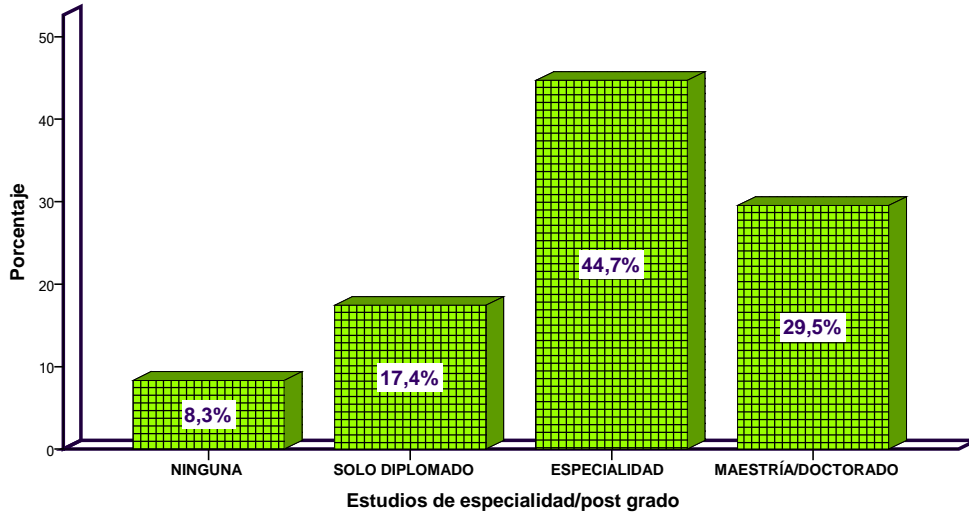
En la Tabla 4, Gráfico 4, se observa que de 132(100 %), 61(46.2 %) enfermeras encuestadas trabajan en el servicio de hospitalización cirugía.

**TABLA 5: ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD/POST GRADO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Estudios de especialidad/post grado	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	11	8,3
Solo diplomado	23	17,4
Especialidad	59	44,7
Maestría/doctorado	39	29,5
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 5: ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD/POST GRADO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

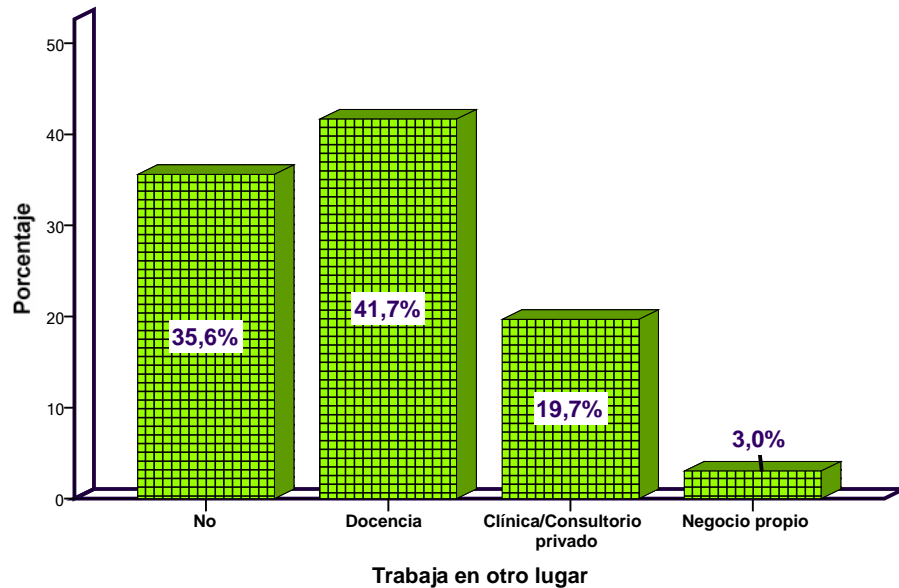
En la Tabla 5, Gráfico 5, se observa que de 132(100 %), 59(44.7 %) enfermeras tienen estudios de especialidad o son especialistas.

TABLA 6: TRABAJO EN OTRO LUGAR, EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Trabaja en otro lugar	Frecuencia	Porcentaje
No	47	35,6
Docencia	55	41,7
Clínica/Consultorio privado	26	19,7
Negocio propio	4	3,0
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 6: TRABAJO EN OTRO LUGAR, EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Gráfico 6, se observa que de 132(100 %), 55(41.7 %) de las enfermeras trabajan en docencia.

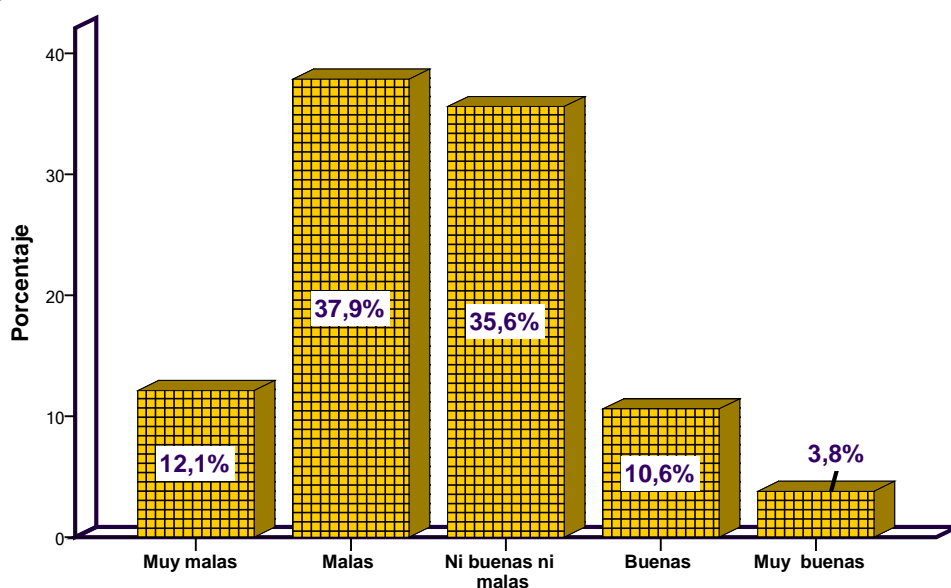
### 3.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS

TABLA 7: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ANÁLISIS LÓGICO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Análisis Lógico	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	16	12,1
Malas	50	37,9
Ni buenas ni malas	47	35,6
Buenas	14	10,6
Muy buenas	5	3,8
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 7: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ANÁLISIS LÓGICO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

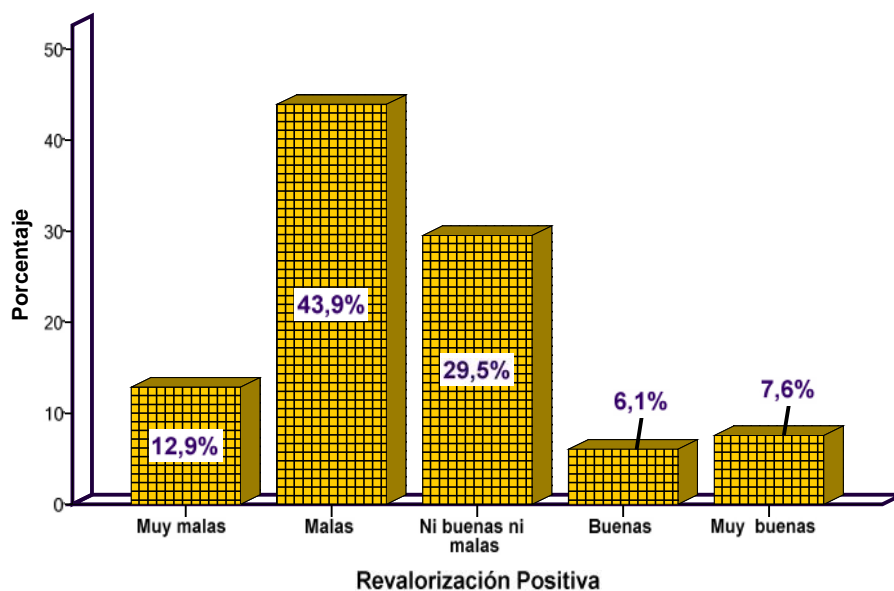


**TABLA 8: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE REVALORIZACIÓN POSITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Revalorización Positiva	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	17	12,9
Malas	58	43,9
Ni buenas ni malas	39	29,5
Buenas	8	6,1
Muy buenas	10	7,6
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 8: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE REVALORIZACIÓN POSITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 8, Gráfico 8, se observa que de 132(100 %), solo 18(13.7 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de afrontamiento de revalorización positiva.

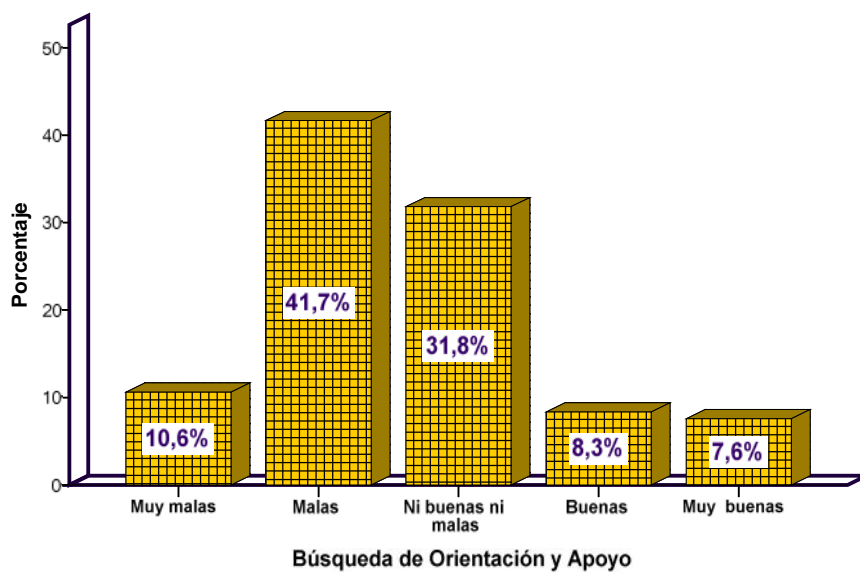


TABLA 9: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE ORIENTACIÓN Y APOYO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Búsqueda de orientación y apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	14	10,6
Malas	55	41,7
Ni buenas ni malas	42	31,8
Buenas	11	8,3
Muy buenas	10	7,6
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 9: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE ORIENTACIÓN Y APOYO EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

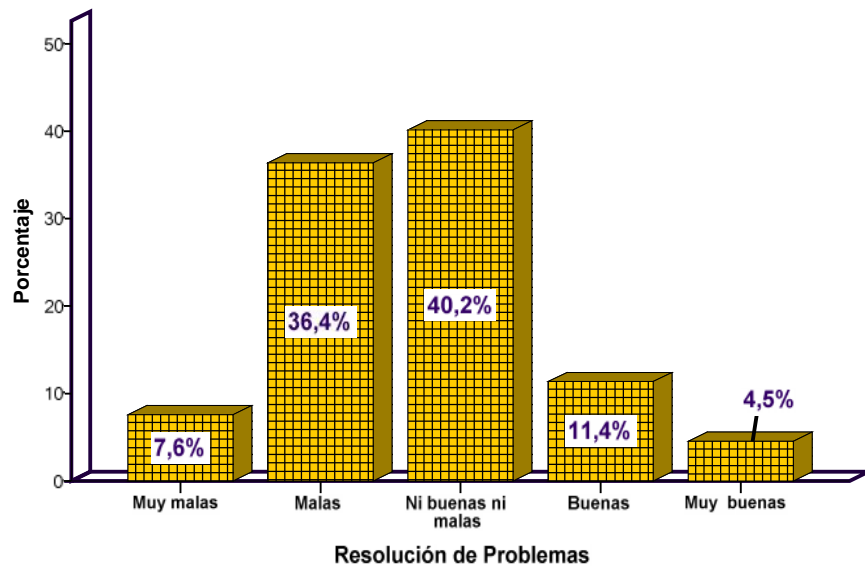
En la Tabla 9, Gráfico 9, se observa que de 132(100 %), solo 21(15.9 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de búsqueda de orientación y apoyo.

TABLA 10: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Resolución de Problemas	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	10	7,6
Malas	48	36,4
Ni buenas ni malas	53	40,2
Buenas	15	11,4
Muy buenas	6	4,5
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 10: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

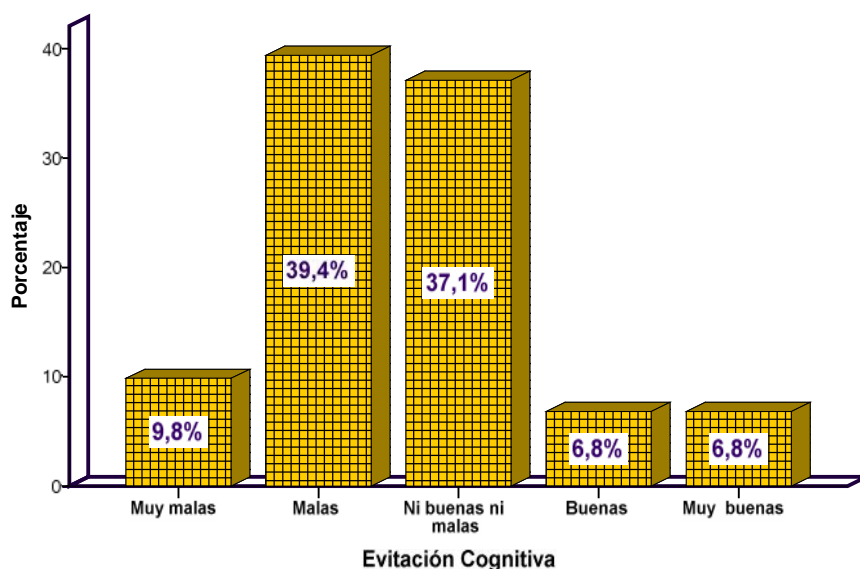
En la Tabla 10, Gráfico 10, se observa que de 132(100 %), solo 21(15.9 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de resolución de problemas.

**TABLA 11: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN COGNITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Evitación Cognitiva	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	13	9,8
Malas	52	39,4
Ni buenas ni malas	49	37,1
Buenas	9	6,8
Muy buenas	9	6,8
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 11: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN COGNITIVA EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

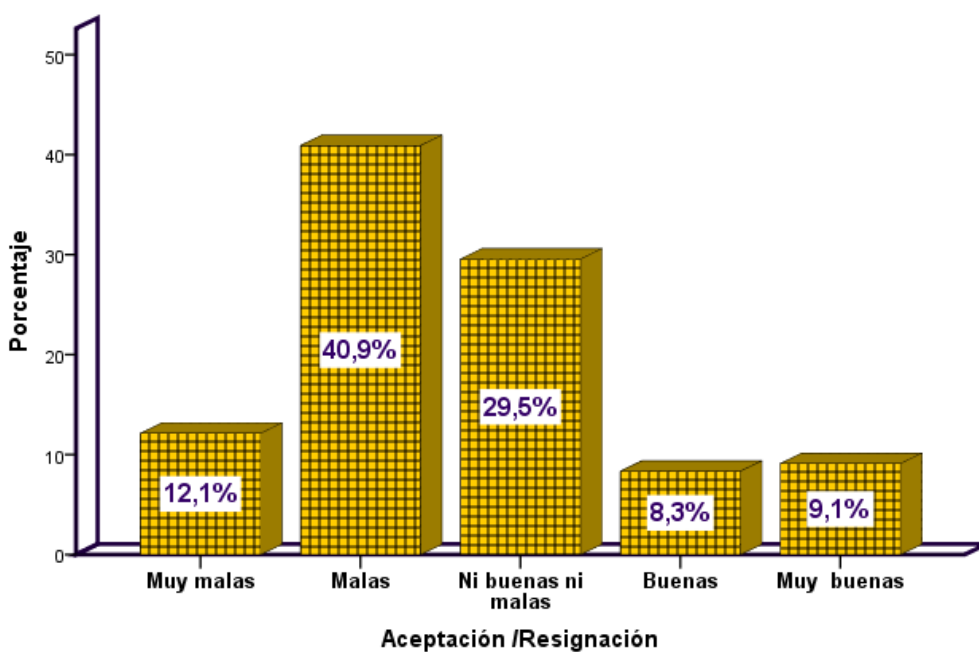
En la Tabla 10, Gráfico 10, se observa que de 132(100 %), solo 18(13.6 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de evitación cognitiva.

TABLA 12: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACEPTACIÓN /RESIGNACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Aceptación /Resignación	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	16	12,1
Malas	54	40,9
Ni buenas ni malas	39	29,5
Buenas	11	8,3
Muy buenas	12	9,1
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 12: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ACEPTACIÓN /RESIGNACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

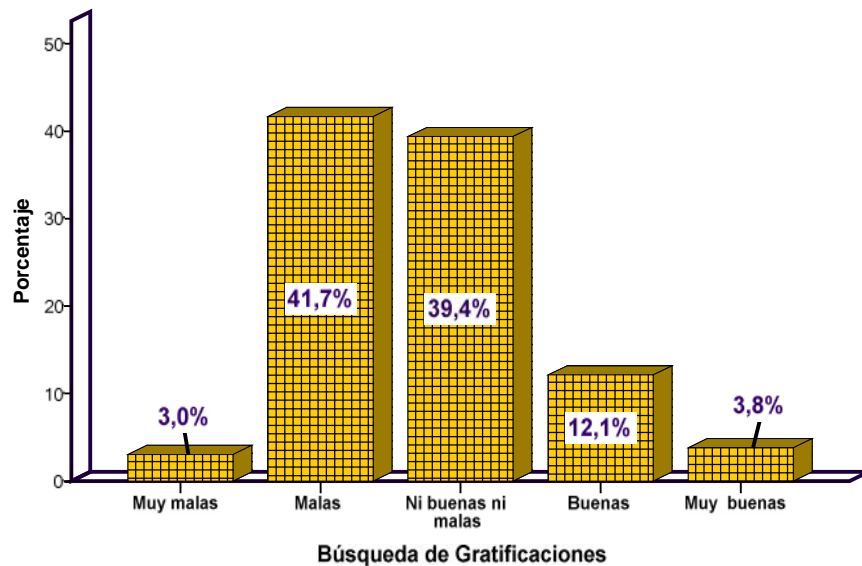
En la Tabla 12, Gráfico 12, se observa que de 132(100 %), solo 23(17.4 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de aceptación /resignación.

TABLA 13: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE GRATIFICACIONES EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Búsqueda de gratificaciones	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	4	3,0
Malas	55	41,7
Ni buenas ni malas	52	39,4
Buenas	16	12,1
Muy buenas	5	3,8
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 13: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE GRATIFICACIONES EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

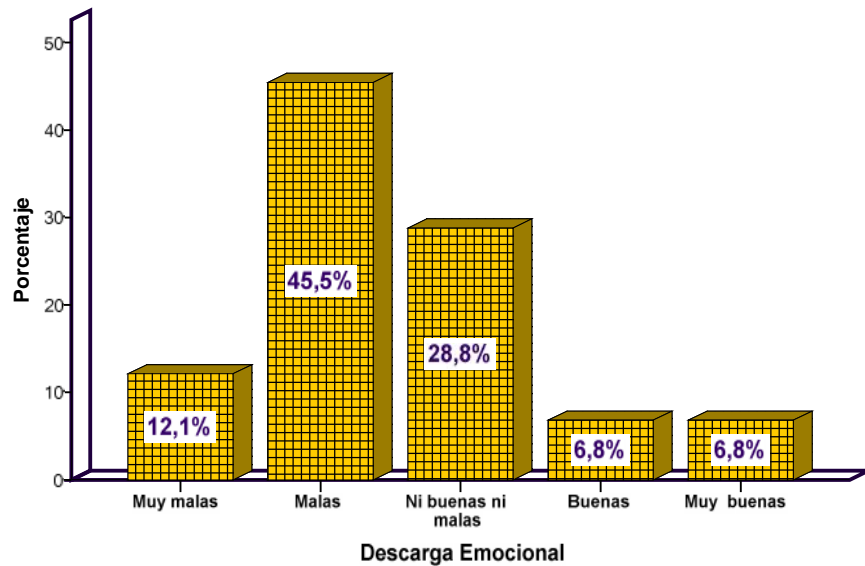
En la Tabla 13, Gráfico 13, se observa que de 132(100 %), solo 21(15.9 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de búsqueda de gratificaciones.

**TABLA 14: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DESCARGA EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Descarga emocional	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	16	12,1
Malas	60	45,5
Ni buenas ni malas	38	28,8
Buenas	9	6,8
Muy buenas	9	6,8
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 14: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DESCARGA EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 14, Gráfico 14, se observa que de 132(100 %), solo 18(13.6 %) de las enfermeras poseen buenas estrategias de descarga emocional.

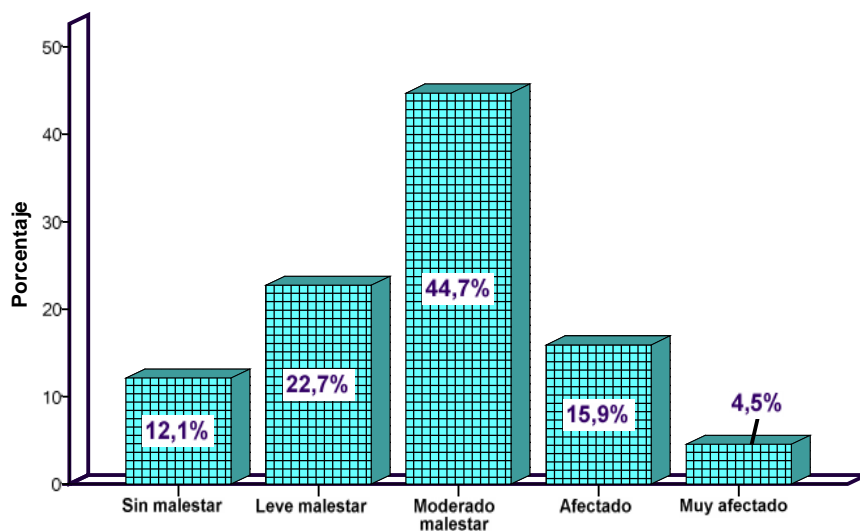
### 3.3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS

TABLA 15: AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

Agotamiento emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sin malestar	16	12,1
Leve malestar	30	22,7
Moderado malestar	59	44,7
Afectado	21	15,9
Muy afectado	6	4,5
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 15: AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

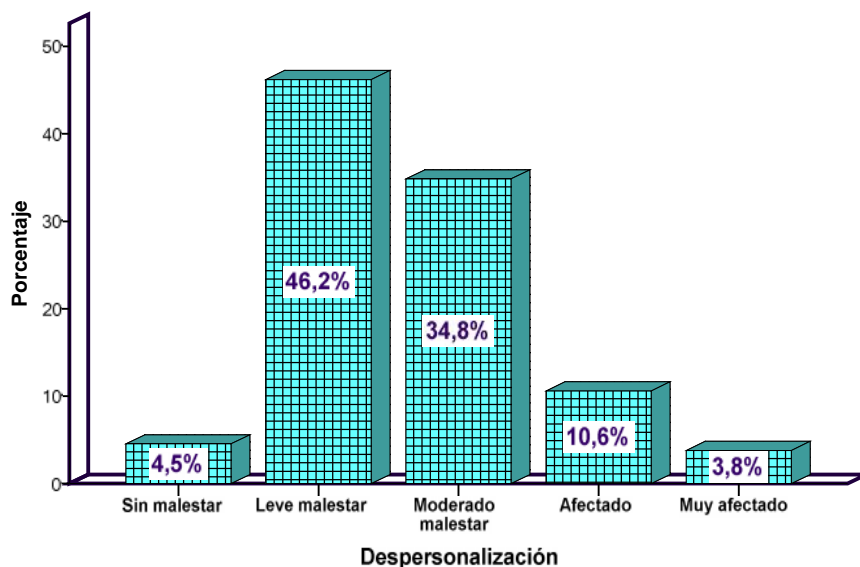
En la Tabla 15, Gráfico 15, se observa que de 132 (100 %) 27 (20.4 %) de las enfermeras presentan problemas de agotamiento emocional.

**TABLA 16: DESPERSONALIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
Sin malestar	6	4,5
Leve malestar	61	46,2
Moderado malestar	46	34,8
Afectado	14	10,6
Muy afectado	5	3,8
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 16: DESPERSONALIZACIÓN EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 16, Gráfico 16, se observa que de 132 (100 %) 19 (14.4 %) de las enfermeras presentan problemas de despersonalización.

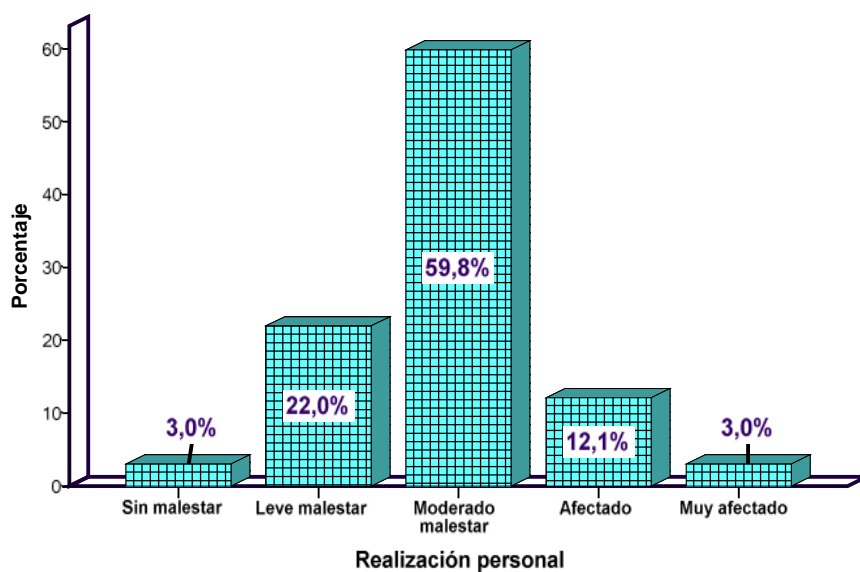


**TABLA 17: NO REALIZACIÓN PERSONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

<b>No realización personal</b>	Frecuencia	Porcentaje
Sin malestar	4	3,0
Leve malestar	29	22,0
Moderado malestar	79	59,8
Afectado	16	12,1
Muy afectado	4	3,0
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 17: NO REALIZACIÓN PERSONAL EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 17, Gráfico 17, se observa que de 132 (100 %) 20 (15.1 %) de las enfermeras presentan problemas de no realización personal.

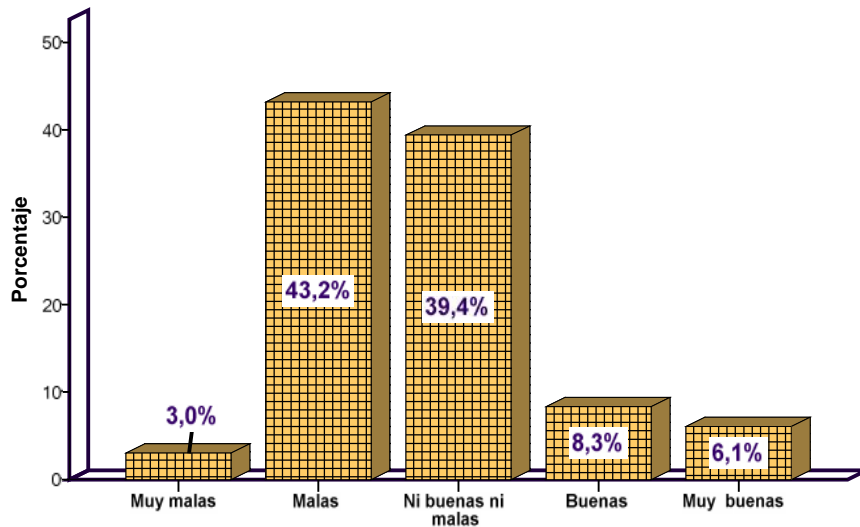
### 3.4. CONSOLIDADO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS

**TABLA 18: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Estrategias de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Muy malas	4	3,0
Malas	57	43,2
Ni buenas ni malas	52	39,4
Buenas	11	8,3
Muy buenas	8	6,1
Total	132	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

**GRÁFICO 18: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

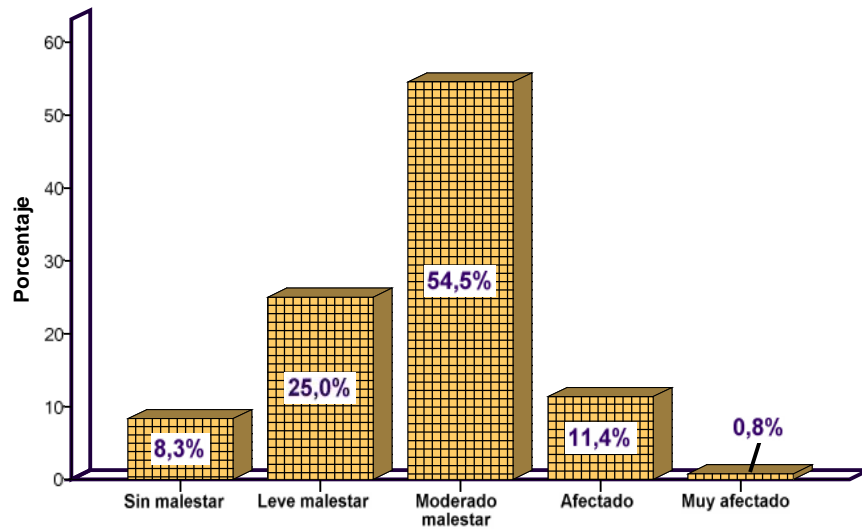
En la Tabla 18, Gráfico 18, se observa que de 132 (100 %) solo 19 (14.4 %) de las enfermeras tienen buenas estrategias de afrontamiento al estrés.

**TABLA 19: SINDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**

Estrategias de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sin malestar	11	8,3
Leve malestar	33	25,0
Moderado malestar	72	54,5
Afectado	15	11,4
Muy afectado	1	,8
Total	132	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

**GRÁFICO 19: SINDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017**



Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 19, Gráfico 19, se observa que de 132 (100 %) 16 (12.2 %) de las enfermeras están afectadas por el síndrome de Burnout.

TABLA 20: TABLA CRUZADA ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y EL SINDROME DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANCAYO EN EL 2017

		BURNOUT DICOTÓMICO			
			Sin problemas de Burnout	Con problemas de Burnout	Total
AFRONTAMIENTO DICOTÓMICO	Inadecuadas estrategias de afrontamiento	N	97	16	113
		%	83,6%	100,0%	85,6%
	Adecuadas estrategias de afrontamiento	N	19	0	19
		%	16,4%	0,0%	14,4%
Total		N	116	16	132
		%	100,0%	100,0%	100,0%

*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

En la Tabla 20, se observa que: de 16 (100 %) de enfermeras con problemas de síndrome de Burnout, 16 (100 %) declaran tener inadecuadas estrategias de afrontamiento; estos resultados muestran la asociación inversamente proporcional de las estrategias de afrontamiento al estrés con el síndrome de Burnout.

### 3.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS

#### 3.4.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

TABLA 21: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	,036	132	,200*	,990	132	,443
SINDROME DE BURNOUT	,064	132	,200*	,987	132	,249

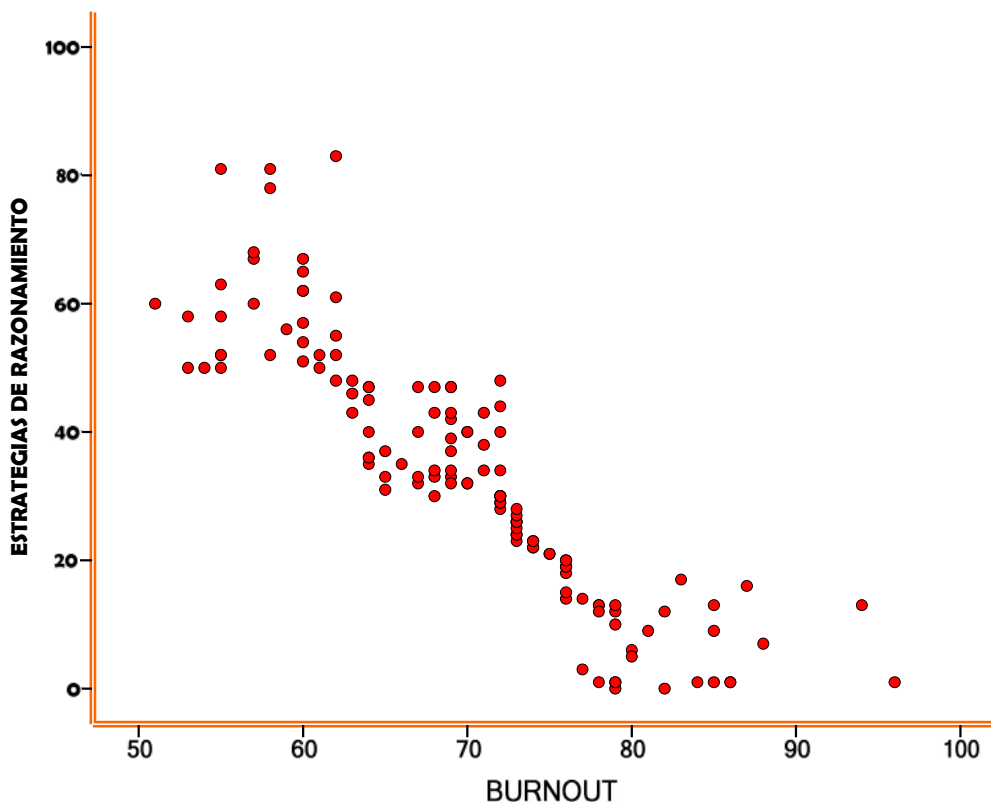
*Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017  
Elaboración: Propia.*

En la tabla 21, se demuestra; de acuerdo a la prueba de Kolmogórov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable estrategias de afrontamiento al estrés en el personal de enfermería y síndrome de Burnout en enfermeras reflejan tener distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05], no se puede rechazar la presunción de no normalidad en consecuencia se afirma que los datos de ambas variables poseen distribución normal y es apropiado utilizar pruebas estadísticas paramétricas para su análisis.

### 3.4.2. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la primera dimensión de las estrategias de afrontamiento de las enfermeras y el síndrome de Burnout en enfermería, elaborándose la siguiente representación de puntos de dispersión.

GRÁFICO 20: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.



En el Gráfico 20, se distingue la asociación inversamente proporcional entre las observaciones de las estrategias de razonamiento y el síndrome de Burnout. En base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia inversa entre las estrategias de razonamiento y el síndrome de Burnout de las enfermeras.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejores estrategias de razonamiento, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 22).

TABLA 22: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

		ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,521**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

En la Tabla 22, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la correlación entre las estrategias de razonamiento y el síndrome de Burnout ( $r = -0,521$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando mejoran las estrategias de razonamiento como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

---

**Empleamos la prueba t** para encontrar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de  $r = -0,521$  es prueba suficiente con 132 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la población de la correlación  $\rho$  es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre las estrategias de razonamiento y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$ .

$H_1$ : Existe una relación entre las estrategias de razonamiento y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$ .

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido



Paso: 04: Determinación del margen de error.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 132 - 2 = 130$ . El valor de la distribución  $t$  con 130 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.980 (usando el valor de 120 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.980.

Paso 06: Cálculo

---

El cálculo es:

$$t = \frac{-0,521 \sqrt{130}}{\sqrt{1 - (-0,521)^2}} = |-6.959| = 6.959$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

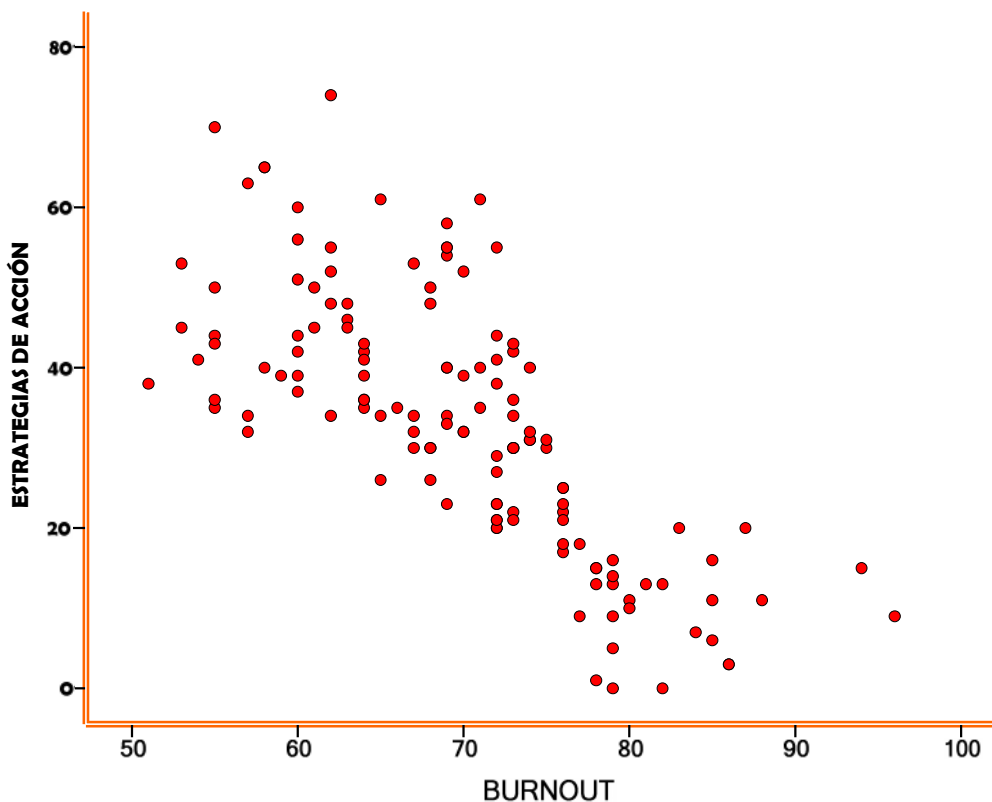
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 130 grados de libertad es de 6.959, que con mucho es mayor a 1.980; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las estrategias de racionamiento como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas de forma inversa.

### 3.4.3. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la segunda dimensión de las estrategias de afrontamiento de las enfermeras y el síndrome de Burnout en enfermería, elaborándose la siguiente representación de puntos de dispersión.

GRÁFICO 21: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.



En el Gráfico 21, se distingue la asociación inversamente proporcional entre las observaciones de las estrategias de acción y el síndrome de Burnout. En base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia inversa entre las estrategias de acción y el síndrome de Burnout de las enfermeras.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejores estrategias de acción, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 23).

TABLA 23: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN		
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,509**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

En la Tabla 23, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la correlación entre las estrategias de acción y el síndrome de Burnout ( $r = -0,509$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando mejoran las estrategias de acción como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

---

**Empleamos la prueba t** para encontrar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de  $r = -0,509$  es prueba suficiente con 132 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la población de la correlación  $\rho$  es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre las estrategias de acción y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$ .

$H_1$ : Existe una relación entre las estrategias de acción y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$ .

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 132 - 2 = 130$ . El valor de la distribución  $t$  con 130 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.980 (usando el valor de 120 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.980.

Paso 06: Cálculo

---

El cálculo es:

$$t = \frac{-0,509 \sqrt{130}}{\sqrt{1 - (-0,509)^2}} = |-6.742| = 6.742$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

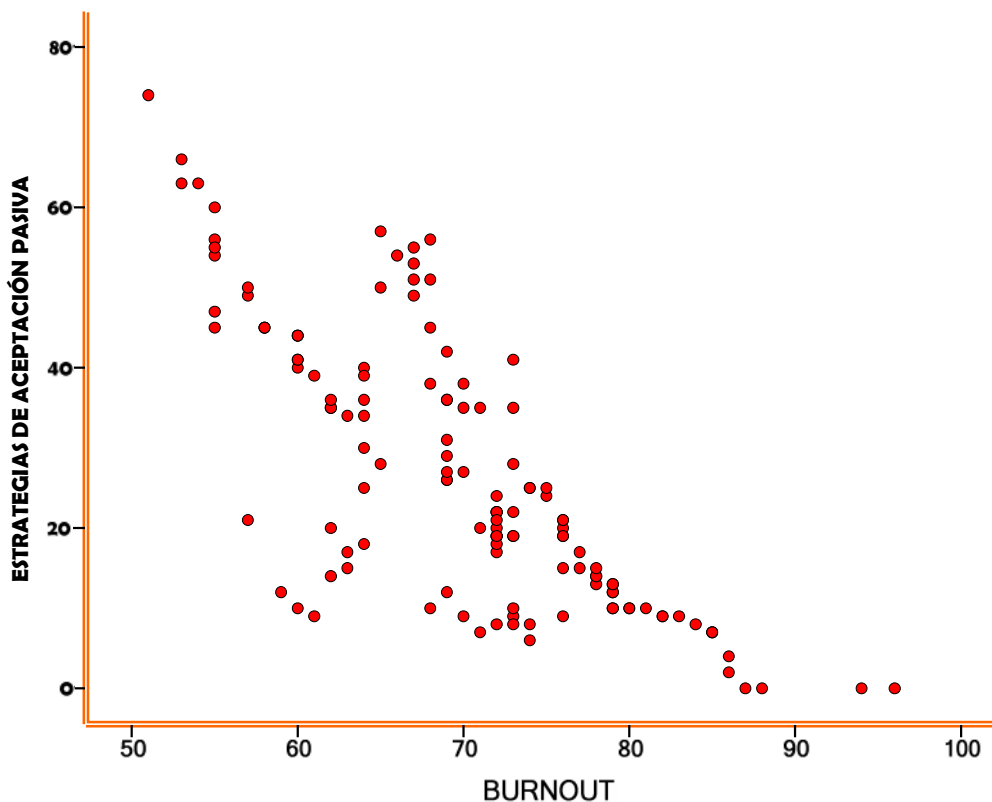
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 130 grados de libertad es de 6.742, que con mucho es mayor a 1.980; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las estrategias de acción como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas de forma inversa.

### 3.4.4. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PASIVA, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la tercera dimensión de las estrategias de afrontamiento de las enfermeras y el síndrome de Burnout en enfermería, elaborándose la siguiente representación de puntos de dispersión.

GRÁFICO 22: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PASIVA, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.



En el Gráfico 22, se distingue la asociación inversamente proporcional entre las observaciones de las estrategias de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout. En base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia inversa entre las estrategias de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout de las enfermeras.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejores estrategias de aceptación pasiva, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 23).

TABLA 24: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

		ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN PASIVA
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,492**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

En la Tabla 24, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la correlación entre las estrategias de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout ( $r = -0,492$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando mejoran las estrategias de aceptación pasiva como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

---

**Empleamos la prueba t** para encontrar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de  $r = -0,492$  es prueba suficiente con 132 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la población de la correlación  $\rho$  es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre las estrategias de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$ .

$H_1$ : Existe una relación entre las estrategias de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$ .

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido



Paso: 04: Determinación del margen de error.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 132 - 2 = 130$ . El valor de la distribución  $t$  con 130 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.980 (usando el valor de 120 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.980.

Paso 06: Cálculo

---

El cálculo es:

$$t = \frac{-0,492 \sqrt{130}}{\sqrt{1 - (-0,492)^2}} = |-6.443| = 6.443$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

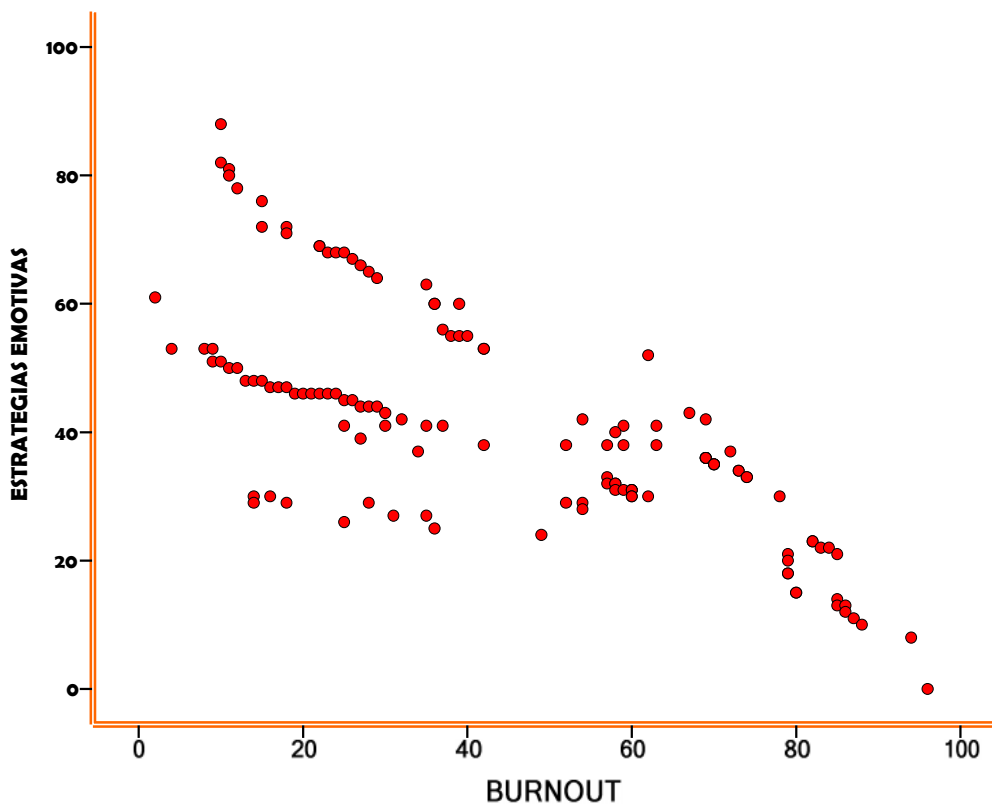
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 130 grados de libertad es de 6.443, que con mucho es mayor a 1.980; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las estrategias de aceptación pasiva como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas de forma inversa.

### 3.4.5. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la cuarta dimensión de las estrategias de afrontamiento de las enfermeras y el síndrome de Burnout en enfermería, elaborándose la siguiente representación de puntos de dispersión.

GRÁFICO 23: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.



En el Gráfico 23, se distingue la asociación inversamente proporcional entre las observaciones de las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout. En base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia inversa entre las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout de las enfermeras.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejores estrategias emotivas, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 25).

TABLA 25: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS EMOTIVAS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

		ESTRATEGIAS EMOTIVAS
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,445**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

En la Tabla 25, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la correlación entre las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout ( $r = -0,445$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando mejoran las estrategias emotivas como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

---

**Empleamos la prueba t** para encontrar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de  $r = -0,445$  es prueba suficiente con 132 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la población de la correlación  $\rho$  es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$ .

$H_1$ : Existe una relación entre las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$ .

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 132 - 2 = 130$ . El valor de la distribución  $t$  con 130 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.980 (usando el valor de 120 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.980.

Paso 06: Cálculo

---

El cálculo es:

$$t = \frac{-0,445 \sqrt{130}}{\sqrt{1 - (-0,445)^2}} = |-5.665| = 5.665$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

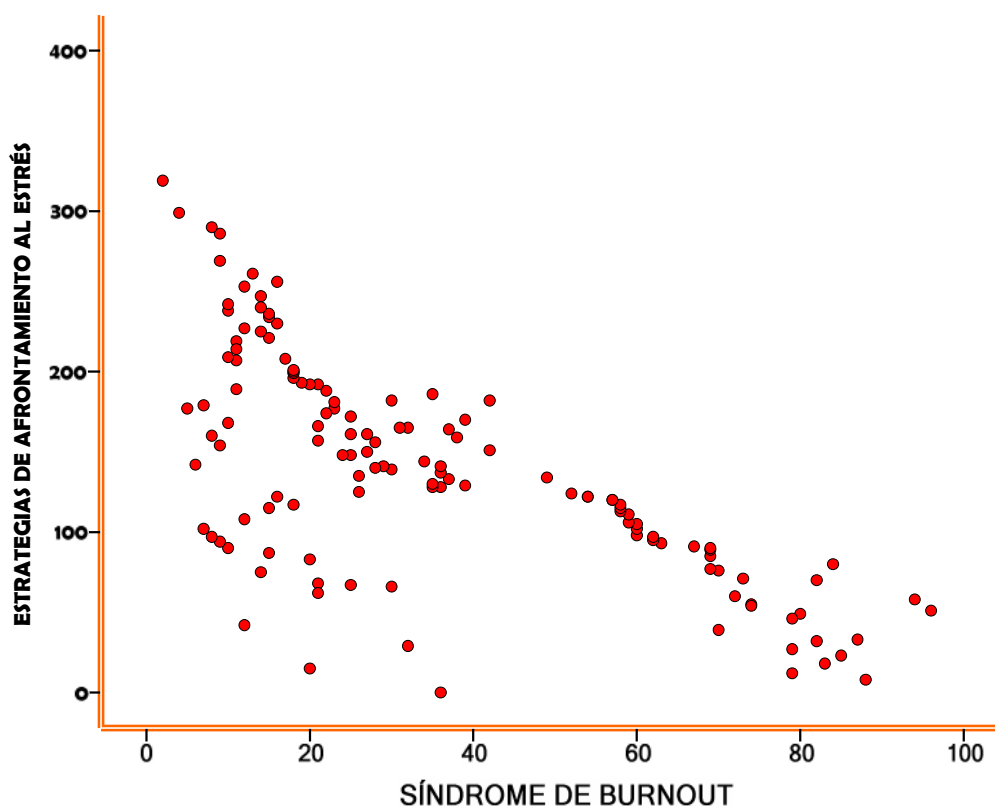
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 130 grados de libertad es de 5.665, que con mucho es mayor a 1.980; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las estrategias emotivas como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas de forma inversa.

### 3.4.6. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre las estrategias de afrontamiento al estrés de las enfermeras y el síndrome de Burnout en enfermería, elaborándose la siguiente representación de puntos de dispersión.

GRÁFICO 24: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS, Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS.



En el Gráfico 24, se distingue la asociación inversamente proporcional entre las observaciones de las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout. En base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia inversa entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout de las enfermeras.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejores estrategias de afrontamiento al estrés, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 26).

TABLA 26: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

ESTRATEGIAS EMOTIVAS		
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,537**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

En la Tabla 26, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado negativo para la correlación entre las estrategias emotivas y el síndrome de Burnout ( $r = -0,537$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando mejoran las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

---

**Empleamos la prueba t** para encontrar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de  $r = -0,537$  es prueba suficiente con 132 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la población de la correlación  $\rho$  es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$ .

$H_1$ : Existe una relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en las enfermeras, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$ .

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido



Paso: 04: Determinación del margen de error.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 132 - 2 = 130$ . El valor de la distribución  $t$  con 130 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.980 (usando el valor de 120 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.980.

Paso 06: Cálculo

---

El cálculo es:

$$t = \frac{-0,537 \sqrt{130}}{\sqrt{1 - (-0,537)^2}} = |-7.258| = 7.258$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

---

El valor observado para la proporción  $t$  con 130 grados de libertad es de 7.258, que con mucho es mayor a 1.980; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas de forma inversa.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

En el estudio encontramos que el 62.1 % de las enfermeras tienen entre 41 y 50 años de edad, lo que indica que se trata de una población con experiencia profesional que ha desarrollado múltiples formas de afrontar las situaciones estresantes propias del ámbito hospitalario; considerando que el síndrome de Burnout es más frecuente entre los 25 y 34 años de edad, se puede afirmar que esta población por la edad que tiene se encuentra fuera de la época de mayor riesgo (2).

También se encontró que el 75.8 % de enfermeras son casadas, esto significa que cuentan con un soporte emocional conyugal, la mayor parte de ellas tiene dos o menos de dos hijos, lo que representa que la responsabilidad familiar no es recargada; más de las dos terceras partes tiene estudios de especialidad o post grado que implica el interés por mejorar su condición laboral y profesional, además cerca de la mitad trabaja en docencia, que les lleva a estar más actualizadas en diversas áreas del quehacer profesional. Cuando las enfermeras laboran en varios lugares se incrementan las situaciones estresantes que condicionan la aparición del síndrome de Burnout; ya que tienden a descuidar uno de sus trabajos y en el que surgen situaciones conflictivas que generan tensión estrés y finalmente pueden condicionar el síndrome Burnout (16).

#### **CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN ENFERMERAS**

En el estudio hallamos que solo el 14.4 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de afrontamiento al estrés, de forma general. Se observa que la mayor parte de las enfermeras aplican las diversas estrategias en el momento o las situaciones

equivocadas; la mayoría de las enfermeras adoptan conductas de evitación y de expresión emotiva ante las situaciones estresantes, muchas de ellas ya se han acostumbrado a sobrellevar las situaciones estresantes sin recurrir de forma intencional al uso de alguna estrategia que favorezca la convivencia y el trabajo en equipo. Como no existen propósitos de grupo bien definidos; la mayoría de las enfermeras se limita a seguir con sus actividades rutinarias y tomar una actitud de evitación y distanciamiento ante los problemas institucionales, pero a la vez muestran fuertes reacciones emocionales cuando las circunstancias las involucran.

De un modo más específico, en el estudio encontramos que solo el 14.4 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de análisis lógico, este tipo de estrategia consiste en hacer intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar al estresor y sus consecuencias; considerando que el medio hospitalario es de tensión por el tipo de servicio que se brinda, las estrategias de análisis lógico, resultarían muy útiles ya que la situación estresante está vinculada a los vertiginosos esfuerzos por salvar la vida una persona o procurar su bienestar de forma que tener una clara comprensión de la situación reduciría en mucho las experiencias estresantes; sin embargo pocas enfermeras asumen este tipo de estrategia (30).

De forma similar Garrosa E, encuentra que menos de la cuarta parte de las enfermeras utilizan las estrategias de análisis lógico; también destaca que en los hospitales hay situaciones de urgencia en las que, la cordialidad y la deferencia frecuentemente son omitidas; se dan ordenes imperativas y se juzgan las habilidades profesionales; esto debido a la carga emotiva del momento; un buen uso de las estrategias de análisis lógico permitirían comprender las circunstancias y responder de forma más apropiada (20).

En la investigación hallamos que solo el 13.7 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de revalorización positiva; por estudios anteriores se sabe que la enfermeras tienden a tomar una perspectiva negativa y trágica de cada situación culpando a sus colegas de la situaciones tensas y desagradables; muy pocas enfermeras plantean la situación desde una perspectiva optimista o resaltando las ventajas que se pueda estar generándose a partir de las situaciones conflictivas (7).

De forma parecida Molina J, encuentra escaso uso de la revalorización positiva en enfermeras; esto consiste en hacer intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación; mejor dicho, que la situación conflictiva podría resultar favorable en algún aspecto. Las situaciones estresantes podrían llevar a desarrollar múltiples habilidades que hagan al profesional más eficiente; pueden conducir a que la enfermera busque capacitación especializada que podría favorecer el crecimiento profesional (19).

En el estudio hallamos que solo el 15.9 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de búsqueda de orientación y apoyo; se ha observado que son pocas las enfermeras que hacen consultas a sus colegas de mayor experiencia sobre procesos que podrían resultar problemáticos; también existen enfermeras que se niegan a dar orientación cuando le solicitan; por considerar que todas deben de pasar por los malos momentos vividos al desarrollar determinadas competencias (30).

De forma parecida Lim J, establece que la falta de colaboración entre profesionales de enfermería lleva a que pocas utilicen las estrategias de búsqueda de orientación y apoyo dentro del servicio; de forma contraria muchas enfermeras se encuentran a la caza de errores de sus colegas para poder reprocharlas; los conflictos interpersonales son frecuentes y casi no existe el discernimiento de crecer como equipo (21).

En el estudio encontramos que solo el 15.9 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de resolución de problemas, ante las situaciones crítica las enfermeras recurren a apartarse de las responsabilidades y hacer solo lo necesario; pocas enfermeras buscan de forma activa solución a los problemas, esta forma de proceder puede reducir el estrés de forma momentánea pero en un futuro próximo tendrá efectos desfavorables (11).

Tomas T, hallan que menos de la tercera parte de las enfermeras promueven la solución de los problemas, en su mayoría prefieren mantenerse distantes del problema; en los hospitales son pocos los servicios, infraestructuras, equipos, etc. que hallan sigo generado por la intervención directa de los profesionales de enfermería.

En la investigación hallamos que solo el 13.6 % de las enfermeras poseen buenas estrategias de evitación cognitiva, considerando que esta estrategia puede ser favorable solo en determinado tiempo y en algunas situaciones; utilizarla en todas las circunstancias y todo el tiempo generará más dificultades; se ha observado que es una de las forma de respuesta conductual habitual entre la enfermeras no como una estrategia efectiva de control del estrés sino como un estilo de conducta que en el corto plazo aparenta ser de utilidad; sin embargo genera mayores dificultades en el futuro (36).

De forma similar Barboza R, halla que la estrategia de evitación cognitiva es utilizada de forma inadecuada por las enfermeras; la evitación cognitiva puede implicar una amplia variedad de formas tales como, intentar intencionadamente suprimir pensamientos o recuerdos, los esfuerzos para disociarse o separarse de las emociones asociadas a experiencias negativas, y el adoptar una perspectiva de tercera persona respecto a los recuerdos dolorosos. En enfermeras, se ha comprobado que emplean como estrategia habitual la supresión de pensamientos, aunque generalmente

suele ser evaluada por ellas mismas como una respuesta de afrontamiento ineficaz, los esfuerzos por desapegarse de las emociones negativas como el adoptar una perspectiva de tercera persona respecto a las mismas dificultan la resolución de problemas dentro del hospital (7).

En el estudio se ha podido evidenciar un uso incorrecto de la estrategia de descarga emocional, las enfermas tratan de reducir la tensión expresando sus sentimientos negativos a sus colegas, esta forma de comportamiento puede aliviar la tensión de forma momentánea, pero origina nuevos conflictos (1).

#### CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

En el estudio encontramos que el 12.2 % de las enfermeras están afectadas por el síndrome de Burnout, seguido de un 54.5 % que presentan un moderado malestar de algunas sintomatologías propias del síndrome de Burnout; esto se debe a que la labor profesional del cuidado implica afrontar las situaciones de crisis emocional que experimenta el paciente y sus familiares.

De forma similar Mctiernan K, halla que más del 10 % de los profesionales de enfermería sufren el síndrome de Burnout debido a que la naturaleza del trabajo en enfermería que consiste en manejar el dolor, estar en contacto con el sufrimiento y la muerte de personas, afecta la salud mental al grado que llega a perder el sentido que tiene su trabajo y tiende a percibir que las cosas que realiza no tiene importancia (6).

Asimismo, Santana L, encuentra que alrededor del 15% de las enfermeras padece el síndrome de Burnout, siendo más notorio el agotamiento emocional que se manifiesta por la sensación generalizada de falta de energía además de sentir que ya no posee ánimos para poder reconfortar a las personas en crisis emocional. Otras se perciben

como indiferentes al dolor de las demás personas o sentirse extraña y alejada de la situación que está viviendo (14).

También Garrosa E, destaca que las enfermeras con síndrome de Burnout perciben que ya no tienen energías energía para seguir atendiendo a los pacientes, empiezan a tratar a las personas como objetos y no tienen sentimientos de culpa por ello, también tienen la sensación que sus esfuerzos no son beneficiosas para el paciente, se sienten muy desmotivadas y muchas veces terminan abandonando la profesión (20).

Asimismo Galindo R, halla que las extensas jornadas de trabajo de las enfermeras, la falta de autonomía y las escasas oportunidades de desarrollo profesional llevan a que muchas de ellas lleguen a padecer el síndrome de Burnout, las enfermeras con este problema siempre están irritables, además se vuelven muy frías e insensibles además el profesional se vuelve menos competente (22).

## RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

En el estudio encontramos una relación inversa entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout, con un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo ( $r = -0,537$ ); esto se debe a que el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento al estrés reducen el riesgo de padecer el síndrome de Burnout; como lo afirma Villalobos M, que existe una asociación estadísticamente significativa entre el afrontamiento del tipo de evitación con Burnout en una muestra de enfermeras en una clínica, se encontró que las estrategias de afrontamiento orientadas al control proporcionaban una mayor capacidad para hacer frente a situaciones difíciles en el trabajo, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la evasión se relacionaban positivamente con los tres componentes del agotamiento en

las enfermeras; cuanto mayor era la sensación de agotamiento emocional, más probable era que las enfermeras utilizaran estrategias que coincidieran con una forma pasiva de afrontamiento, incluidas estrategias basadas en la desconexión de la situación, concentración en las propias emociones y desahogo de los sentimientos ante eventos difíciles o estresantes (10).

De forma similar Barbosa R, et al, informaron que las estrategias de evasión aumentan el agotamiento emocional, mientras que las de control mantenía la realización personal en el trabajo en los profesionales de enfermería; aunque el estrés no se puede evitar en este entorno en términos absolutos, es potencialmente manejable, a través de sistemas de apoyo en el lugar de trabajo, aunque parece evidente que las estrategias orientadas al problema son mucho más efectivas para enfrentar situaciones estresantes que aquellas orientadas a la emoción y la evitación, hay evidencia de que la efectividad de las estrategias orientadas al problema dependería del control efectivo de los potenciales estresores del ambiente y las emociones individuales; el uso persistente de estrategias orientadas al problema cuando hay pocas posibilidades de controlar y/o cambiar los factores estresantes en el ambiente puede exacerbar en gran medida los efectos indeseables del estrés laboral (11).

De igual manera Vilariño O, ha señalado que en circunstancias menos controlables, las estrategias orientadas al problema en combinación con estrategias orientadas a la evitación pueden ser útiles para mejorar la adaptación y el bienestar, de modo que el afrontamiento flexible sea adaptativo en lugar de desadaptativo, es decir , el afrontamiento orientado al problema sería adaptativo en situaciones controlables, mientras que el afrontamiento orientado a la evitación sería adaptativo en situaciones difíciles de controlar, el afrontamiento flexible, la percepción de la controlabilidad



objetiva de los factores estresantes jugarían un papel clave en el logro de un afrontamiento efectivo (12).

También Gonzales M, afirma que es probable que muchas enfermeras utilicen estrategias de afrontamiento orientadas a la evasión ya que carecen de suficientes posibilidades de control en su lugar de trabajo. El uso de estrategias de afrontamiento orientadas al control, o en términos de personalidad proactiva, depende en gran medida de las oportunidades que ofrece el contexto laboral y de ciertas características de la personalidad. Dada la baja capacidad de control percibida y objetiva de las enfermeras en los hospitales, es preferible utilizar estrategias orientadas a la evitación, ya que los elementos necesarios para modificar ciertas situaciones no están disponibles y las estrategias de afrontamiento orientadas al problema en situaciones de bajo control son contraproducentes ya que producen más estrés. En cualquier caso, y según nuestros resultados, las estrategias de afrontamiento basadas en el control son preferibles a las basadas en la falta de control, ya que el impacto del logro personal sobre el agotamiento emocional es mayor que el del agotamiento emocional sobre el logro personal cuando ambos tipos de afrontamiento actúan en cada dimensión de burnout (13).

De forma similar Santana L. destaca que la importancia del control efectivo por parte de las enfermeras sobre los recursos y habilidades necesarias para trabajar de la manera que ellas consideran más conveniente y cómoda se ha enfatizado en varios modelos relevantes en el estudio del estrés en el trabajo, como un elemento esencial para reducir los efectos indeseables de estrés ocupacional, la estrategia de control de búsqueda de solución tiene un impacto notable en la realización personal, que se considera, a su vez, un elemento importante para reducir el agotamiento emocional (14).

Asimismo, Tomas J, incide en que las enfermeras que pueden tener buenas estrategias de afrontamiento y apoyos directos (por ejemplo, compañeros de trabajo) son menos susceptibles al síndrome de Burnout, los recursos externos (familiares, amigos o compañeros de trabajo) pueden desempeñar un papel fundamental para evitar el síndrome de Burnout. Tener altos niveles de logro personal, pueden incluir ver desafíos como oportunidades o ser flexible y esto proteger del síndrome de Burnout (15).

También Pades A, destaca que los altos puntajes de síndrome de Burnout emocional se correlacionaban con el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento disfuncional y las puntuaciones altas en la subescala de despersonalización correlacionadas con el afrontamiento disfuncional. Es importante enfocarse en las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema en los programas de intervención para disminuir el síndrome de Burnout (16).

Así también Soto R, halla que el síndrome de Burnout y la despersonalización estaban más altamente correlacionados con el afrontamiento centrado en la emoción. El paralelo encontrado entre el síndrome de Burnout y el uso del afrontamiento centrado en la emoción es digno de mención. Disminuir el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción puede conducir a niveles reducidos de síndrome de Burnout. Los estilos de afrontamiento son un recurso que puede afectar la salud y el bienestar (18).

También Arrogante O. encuentra que los participantes pueden haber tenido puntuaciones más bajas en las subescalas de síndrome de Burnout emocional y despersonalización del síndrome de Burnout cuando utilizan estrategias centradas en el problema (es decir, planificación, afrontamiento activo y apoyo instrumental), la

salud psicológica es mejor cuando se utiliza el afrontamiento centrado en el problema que en el afrontamiento centrado en la emoción (1).

Asimismo, Ramírez R, determina que el síndrome de Burnout está relacionado con diferentes tipos de afrontamiento, pero en general, la evitación y el afrontamiento centrado en la emoción son más fuertes relacionados con el síndrome de Burnout que el afrontamiento activo y centrado en el problema. Mientras que la evitación o el afrontamiento centrado en la emoción se relacionan positivamente con las experiencias de síndrome de Burnout, el afrontamiento centrado en el problema se relaciona negativamente con el síndrome de Burnout (3).

Asimismo, Shin H, ha encontrado que la efectividad del afrontamiento centrado en el problema depende del control efectivo de los factores estresantes potenciales del ambiente y las emociones individuales. Específicamente, el uso persistente de estrategias de afrontamiento centradas en el problema cuando hay pocas posibilidades de controlar y/o cambiar los factores estresantes ambientales puede exacerbar los efectos indeseables del estrés laboral. En circunstancias menos controlables, se ha encontrado que las estrategias orientadas al problema en combinación con estrategias orientadas a la evitación son útiles para mejorar la adaptación y el bienestar. Por lo tanto, la flexibilidad en las estrategias de afrontamiento utilizadas es adaptativa en lugar de desadaptativa, es decir, el afrontamiento centrado en el problema parece adaptativo en situaciones controlables, mientras que el afrontamiento orientado a la evitación es adaptativo en situaciones difíciles de controlar (4).

También Soto A, halla que la estrategia más relevante que las enfermeras pueden usar a diario para reducir sus niveles de síndrome de Burnout es recuperarse del trabajo. La recuperación ocurre después de la tensión cuando el factor estresante ya no está presente y se refiere al proceso durante el cual el funcionamiento de un

individuo vuelve a su nivel de pretensado donde se reduce la fatiga y se restablece el estado de funcionamiento fisiológico y psicológico. En circunstancias óptimas, las reacciones de carga aguda relacionadas con el estrés vuelven a los niveles de pretensor durante las horas posteriores al trabajo, y la recuperación se completa antes de que comience el próximo período de trabajo. La exposición prolongada a las demandas de trabajo (por ejemplo, el trabajo diario de horas extra) puede conducir a un colapso total (5).

Finalmente, Galindo R, et al, encuentra que, en particular, las enfermeras en riesgo de síndrome de Burnout pueden estar dispuestas a trabajar, incluso cuando están en casa para evitar el retraso que puede venir con sus sentimientos de síndrome de Burnout. De todas las experiencias de recuperación, desapego del trabajo (es decir, dejar de pensar en el trabajo y desconectarse mentalmente del trabajo), relajación (es decir, actividades de bajo esfuerzo que requieren poco esfuerzo y no plantean exigencias al sistema psicobiológico), y las actividades sociales (es decir, el tiempo que las enfermeras pasan con otras enfermeras cuando terminaron el trabajo) resultan beneficiosas para disminuir las experiencias diarias de estrés, así como el riesgo de síndrome de Burnout con el tiempo (22).

## CONCLUSIONES

1. Las estrategias de afrontamiento al estrés en las enfermeras se caracteriza por qué: el 14.4 % poseen buenas estrategias de afrontamiento de análisis lógico, el 13.7 % muestran buenas estrategias de afrontamiento de revalorización positiva, el 15.9 % tienen buenas estrategias de búsqueda de orientación y apoyo, el 15.9 % poseen buenas estrategias de resolución de problemas, el 13.6 %) muestran buenas estrategias de evitación cognitiva, el 17.4 % ostentan buenas estrategias de aceptación /resignación, el 15.9 % tienen buenas estrategias de búsqueda de gratificaciones y el 13.6 % poseen buenas estrategias de descarga emocional. De forma general el 14.4 % de las enfermeras tienen buenas estrategias de afrontamiento al estrés.
2. El síndrome de Burnout en las enfermeras se caracteriza porque: el 20.4 % presentan problemas de agotamiento emocional, el 14.4 % tienen problemas de despersonalización y el 15.1 poseen problemas de no realización personal. De forma general el 12.2 % de las enfermeras están afectadas por el síndrome de Burnout.
3. Cuando mejoran las estrategias de razonamiento como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.521).
4. Cuando mejoran las estrategias de acción como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.509).

5. Cuando mejoran las estrategias de aceptación pasiva como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.492).
6. Cuando mejoran las estrategias emotivas como parte de las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.445).
7. Cuando mejoran las estrategias de afrontamiento al estrés, se reducen las afecciones del síndrome de Burnout en las enfermeras (coeficiente de correlación de Pearson de -0.537).

## RECOMENDACIONES

1. Se debe de promover un programa de entrenamiento en el uso de estrategias de afrontamiento al estrés dirigido a los profesionales de enfermería, procurando mejorar las estrategias de acción y razonamiento, y relegando las estrategias pasivas y emotivas solo para algunas situaciones específicas. Esto bajo el supuesto; por su naturaleza los establecimientos de salud son escenarios con múltiples estresores.
2. Se debe de implementar un programa que identifique y modifique los factores institucionales generadores del síndrome de Burnout en las enfermeras como medida para generar un mejor medio laboral y ofrecer un servicio de mayor calidad.
3. Promover programas informativos que declaren de forma detallada la problemática del hospital y con la participación del personal de enfermería buscar las alternativas más adecuadas para dar solución a las diversas problemáticas; de esta forma se procurará el uso de estrategias de razonamiento como medio para enfrentar las situaciones estresantes en los profesionales de enfermería.
4. Impulsar políticas laborales institucionales que busquen la participación activa de la profesional enfermería en la solución de los diversos problemas institucionales, que también propicie el uso de estrategias de acción por parte de los profesionales de enfermería.
5. Implementar programas que mejoren las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y que realicen actividades periódicas de esparcimiento dirigidas a todo el personal para aliviar el estrés generado en el trabajo.
6. Es conveniente realizar estudios más específicos sobre el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento por los diversos profesionales del ámbito sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrogante Ó, Aparicio E. Herramientas para hacer frente al Burnout en el personal de Enfermería: apoyo social, resiliencia y estrategias de afrontamiento. *Rev ROL Enferm.* 2017; 40(3): p. 170 - 177.
2. Salaree M, Zareiyan A, Ebadi A, Salaree M. Coping Strategies Used by Iranian Nurses to Deal With Burnout: A Qualitative Research. *Global Journal of Health Science.* 2014; 6(6).
3. Ramirez R. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento al estrés, en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Facultad de Medicina - Unidad de Posgrado ; 2016.
4. Shin H, Park Y, Ying J, Kim B, Noh H, Lee S. Relationships Between Coping Strategies and Burnout Symptoms: A Meta-Analytic Approach. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2014; 45(1): p. 44 - 56.
5. Soto A, Reyes M. Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en el personal de enfermería en un hospital de Ourense. *Rev ROL Enferm.* 2015; 38(2): p. 101 - 106.
6. Mctiernan K, Mcdonald N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2015; 22(1): p. 208 – 218.
7. Barbosa R, Machado E, Siqueira A, Grillo K. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(1): p. 58 - 64.
8. Huaman X. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento que aplican las Enfermeras(os) de la UCI en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Facultad De Medicina, Unidad De Posgrado ; 2016.
9. Alvarez L. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en el profesional de enfermería del servicio de UCI del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo. [Tesis]. Huancayo: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina Humana / Escuela De Post-Grado; 2013.



10. Villalobos M. "Burnout y estrategias de afrontamiento en personal de Enfermería oncológica". [Tesis]. Maracaíbo: Universidad del Zulia , Facultad de Medicina ; 2012.
11. Barbosa R, Machado E, Siqueira A. Estrés, afrontamiento y burnout entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos: factores asociados. *Rev Esc Enferm.* ; 49(1): p. 57 - 63.
12. Vilariño O. Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de urgencias. [Tesis]. Universidad de Oviedo, Centro Internacional de Postgrado ; 2015.
13. Gonzales M. Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital III Daniel Alcides Carrión, ESSALUD. [Tesis]. Tacna : Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. , Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Segunda Especialidad en Enfermería ; 2015.
14. Santana L, Hernández E, Eugenio P, Sánchez-Palacios M, Pérez R, Falcón R. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enferm Clin.* 2009; 19(1): p. 31 - 4.
15. Tomás J, Maynegre M, Pérez M, Alsina M, Quinta R, Granell S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clin.* 2010; 20(3): p. 173 - 8.
16. Pades A, Homar C. Estrés laboral y burnout en Enfermería. *Metas Enferm.* 2016; 9(3): p. 67-72.
17. Tomás T, Fernández L. Estrés laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas Enferm.* 2012; 45(4): p. 6 - 12.
18. Soto R, Santamaría M,. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clin.* 2005; 15(3): p. 123 - 130.
19. Molina J, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clin.* 2005; 15(5): p. 275 - 282.
20. Garrosa E, Moreno B, Rodríguez A, Rodríguez R. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectorial study of burnout and engagement. *Inter J Nurs Stud.* 2011; 48(4): p. 479 - 489.
21. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *Int Nurs Rev.* 2010; 57(1): p. 22 - 31.

22. Galindo R, Feliciano K, Lima R, Souza A. Burnout syndrome among nurses in a general hospital in the city of Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46(1): p. 420 - 427.
23. Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*. 1999; 15(2): p. 261 - 268.
24. Martínez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado. *Vivat Academia*. 2010; 112(1): p. 1 - 39.
25. Moreno B, Rodríguez C, Escobar R. La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. *Ansiedad y Estrés*. 2001; 7(1): p. 69 - 78.
26. Ortega C, López F. El burnout síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4(1): p. 137 - 160.
27. Rodríguez M, Pastor M, López R. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 1993; 5(1): p. 349 - 372.
28. Li X, Guan L, Chang H, Zhang B. Core Self-Evaluation and Burnout among Nurses: The Mediating Role of Coping Styles. *PLoS ONE*. 2014; 9(12): p. 98 - 103.
29. Roberts D, Cannon K, Wellik K, Wu Q, Budavari A. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine*. 2013; 8(11): p. 653 - 664.
30. Ceslowitz S. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1989; 14(1): p. 553 - 557.
31. Solkova I, Tomanek P. Daily stress coping strategies: an effect of hardiness. *Studia Psychologica*. 1994; 36(1): p. 390 - 392.
32. Moos R, Schaefer J. Coping resources and processes: current concepts and measures. *Theoretical and clinical aspects*. 1993; 15(1): p. 234 - 257.
33. Kobasa S. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42(1): p. 707 - 717.
34. Krzemien D, Urquijo S, Monchetti A. Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*. 2004; 16(3): p. 350 - 356.
35. Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980; 21(1): p. 219 - 239.

36. Carver C, Sheier M, Wientraub J. Assessing coping strategies a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989; 56(2): p. 267 - 283.
37. Areceo J. *Manual de medicina basada en evidencias*. 1st ed. México D.F.: Manual Moderno; 2010.
38. Pineda E CE. *Metodología De La Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. 1st ed. Washington: OPS; 1994.
39. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
40. Mikulic I, Melina C. Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones de la facultad de Psicología - UBA*. 2008; 15(1): p. 305 - 312.
41. Montiel M, Ortega M, et al. Análisis de propiedades psicométricas del Inventario de Burnout de Maslach. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2015; 7(1): p. 25 - 39.
42. Díaz A. *Construcción de Instrumentos de Investigación y Medición Estadística*. Huancayo Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2010.

## **ANEXOS**

1. INSTRUMENTOS

2. PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3. MATRÍZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 01: INSTRUMENTOS

**CÓDIGO:**.....

**INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (CRI)**

Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI  
 Autor: Moos R, 1993  
 Traducción y Adaptación: Mikulic I,

**INSTRUCCIONES**

Estimada (o) colega: este Inventario tiene el propósito de Identificar las estrategias de afrontamiento ante el estrés, en nuestra labor en Sala de Operaciones. El cuestionario es anónimo y se garantiza la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias por su colaboración.

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

<b>Análisis Lógico</b>					
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar dicha situación estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?	0	1	2	3	4
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?	0	1	2	3	4
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?	0	1	2	3	4
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?	0	1	2	3	4
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían durante el trabajo?	0	1	2	3	4
<b>Revalorización Positiva</b>					
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?	0	1	2	3	4
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?	0	1	2	3	4
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?	0	1	2	3	4
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?	0	1	2	3	4
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?	0	1	2	3	4
42. ¿Pensó cómo podrían estas situaciones cambiar su vida en un sentido positivo?	0	1	2	3	4

<b>Búsqueda de Orientación y Apoyo</b>					
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estas situaciones estresantes?	0	1	2	3	4
11. ¿Habló con algún amigo de estas situaciones?	0	1	2	3	4
19. ¿Habló con algún profesional (médico, psicólogo, etc.)?	0	1	2	3	4
27. ¿Buscó la ayuda de personas o colegas que experimentaron las mismas situaciones?	0	1	2	3	4
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?	0	1	2	3	4
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?	0	1	2	3	4
<b>Resolución de Problemas</b>					
4. ¿Para enfrentar estas situaciones Hizo un plan de acción y logró cumplirlo?	0	1	2	3	4
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?	0	1	2	3	4
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?	0	1	2	3	4
28. ¿Trató de resolver estas situaciones estresantes, al menos en dos formas diferentes?	0	1	2	3	4
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?	0	1	2	3	4
44. ¿Trató de enfrentar estas situaciones estresantes con calma?	0	1	2	3	4
<b>Evitación Cognitiva</b>					
5. ¿Trató de olvidar estas situaciones estresantes?	4	3	2	1	0
13. ¿Trató de evitar pensar en dicha situación estresante?	4	3	2	1	0
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?	4	3	2	1	0
29. ¿Evitó pensar en la situación, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?	4	3	2	1	0
37. ¿Deseó que esas situaciones hubieran desaparecido o pasado?	4	3	2	1	0
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad estas situaciones?	4	3	2	1	0
<b>Aceptación /Resignación</b>					
6. ¿Sintió que el paso del tiempo mejoraría las cosas y que esperar era lo único que podía hacer?	4	3	2	1	0
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre estas situaciones?	4	3	2	1	0
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?	4	3	2	1	0
30. ¿Aceptó las situaciones estresantes, porque pensó que nada se podía hacer?	4	3	2	1	0
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?	4	3	2	1	0
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?	4	3	2	1	0

<b>Búsqueda de Gratificaciones</b>					
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar situaciones similares?	4	3	2	1	0
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?	4	3	2	1	0
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?	4	3	2	1	0
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?	4	3	2	1	0
39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?	4	3	2	1	0
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar estas situaciones?	4	3	2	1	0
<b>Descarga Emocional</b>					
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?	4	3	2	1	0
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?	4	3	2	1	0
24. ¿Se mantuvo alejado de sus colegas?	4	3	2	1	0
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?	4	3	2	1	0
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?	4	3	2	1	0
48. ¿Intento hacer algo, a pesar que creía que no iba a funcionar?	4	3	2	1	0

.....GRACIAS

#### BAREMOS

Muy buenas estrategias de afrontamiento	153.7 - 192
Buenas estrategias de afrontamiento	115.3 - 153.6
Ni buenas ni malas estrategias de afrontamiento	76.9 - 115.2
Malas estrategias de afrontamiento	38.5 - 76.8
Muy malas estrategias de afrontamiento	0 - 38.4

CÓDIGO:.....

## CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

### INSTRUCCIONES

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

Esta encuesta es de carácter anónimo.

### I.- DATOS GENERALES:

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. N° de hijos: \_\_\_\_\_
3. Ocupación Si  No  4. Servicio en el que labora: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil:  
 Soltera  Casada  Conviviente  Viuda  Divorciada
6. Estudios de especialidad/post grado: \_\_\_\_\_

- 0= Nunca  
1= Pocas veces al año o menos  
2= Una vez al mes o menos  
3= Unas pocas veces al mes  
4= Una vez a la semana  
5= Pocas veces a la semana  
6= Diariamente

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

<b>Despersonalización</b>	0	1	2	3	4	5	6
5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.	0	1	2	3	4	5	6



11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
<b>Realización personal</b>	0	1	2	3	4	5	6
4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	6	5	4	3	2	1	0
19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	6	5	4	3	2	1	0

.....GRACIAS

#### BAREMOS

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

## ANEXO 02: PRUEBAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

### VALIDEZ DE CONTRUCTO DEL “INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (CRI)”

#### Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.861
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado 8114.019
	gl 990
	Sig. .000

#### Matriz de componente rotado<sup>a</sup>

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar dicha situación estresante?	.545							
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?	.451							
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?	.698							
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?	.523							
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?	.403							
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían durante el trabajo?	.468							
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?		.511						
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?		.686						
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?		.612						
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?		.702						
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?		.488						
42. ¿Pensó cómo podrían estas situaciones cambiar su vida en un sentido positivo?		.477						
3. ¿Habló con su esposo/a u otro familiar sobre estas situaciones estresantes?			.606					
11. ¿Habló con algún amigo de estas situaciones?			.491					
19. ¿Habló con algún profesional (médico, psicólogo, etc.)?			.678					
27. ¿Buscó la ayuda de personas o colegas que experimentaron las mismas situaciones?			.626					
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?			.513					
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?			.518					
4. ¿Para enfrentar estas situaciones Hizo un plan de acción y logró cumplirlo?				.531				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				.459				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				.480				
28. ¿Trató de resolver estas situaciones estresantes, al menos en dos formas diferentes?				.574				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				.536				
44. ¿Trató de enfrentar estas situaciones estresantes con calma?				.403				
5. ¿Trató de olvidar estas situaciones estresantes?					.564			
13. ¿Trató de evitar pensar en dicha situación estresante?					.525			
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?					.432			
29. ¿Evitó pensar en la situación, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?					.419			
37. ¿Deseó que esas situaciones hubieran desaparecido o pasado?					.548			
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad estas situaciones?					.682			
6. ¿Sintió que el paso del tiempo mejoraría las cosas y que esperar era lo único que podía hacer?						.561		
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre estas situaciones?						.442		
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?						.460		
30. ¿Aceptó las situaciones estresantes, porque pensó que nada se podía hacer?						.790		
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?						.712		
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?						.422		
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar situaciones similares?							.708	
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?							.544	
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?							.435	
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?							.683	
39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?							.470	
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar estas situaciones?							.622	
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?								.614
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?								.560
24. ¿Se mantuvo alejado de sus colegas?								.683
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?								.683
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?								.422
48. ¿Intento hacer algo, a pesar que creía que no iba a funcionar?								.732

Método de extracción: análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

**VALIDEZ DE CONTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY”**

---

**Prueba de KMO y Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.8476
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7109.581
	gl	990
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado <sup>a</sup>			
	Componente		
	1	2	3
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	.420		
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	.489		
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	.444		
6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	.547		
8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	.557		
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.	.576		
14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	.473		
16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	.515		
20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	.504		
5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.		.683	
10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.		.452	
11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.		.646	
15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.		.518	
22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.		.528	
4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.			.570
7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.			.444
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.			.547
12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.			.557
17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.			.576
18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.			.473
19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.			.515
21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.			.504
Método de extracción: análisis de componentes principales.			
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.			

**CONFIABILIDAD DEL “INVENTARIO DE RESPUESTAS DE  
AFRONTAMIENTO (CRI)”**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.842	48

**Estadística de total de elemento**

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar dicha situación estresante?	0.867
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?	0.868
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?	0.867
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?	0.867
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?	0.867
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían durante el trabajo?	0.868
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?	0.868
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?	0.868
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?	0.867
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?	0.868
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?	0.867
42. ¿Pensó cómo podrían estas situaciones cambiar su vida en un sentido positivo?	0.867
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estas situaciones estresantes?	0.867
11. ¿Habló con algún amigo de estas situaciones?	0.867
19. ¿Habló con algún profesional (médico, psicólogo, etc.)?	0.867
27. ¿Buscó la ayuda de personas o colegas que experimentaron las mismas situaciones?	0.867
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?	0.868
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?	0.868
4. ¿Para enfrentar estas situaciones Hizo un plan de acción y logró cumplirlo?	0.867
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?	0.868
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?	0.868
28. ¿Trató de resolver estas situaciones estresantes, al menos en dos formas diferentes?	0.868
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?	0.867
44. ¿Trato de enfrentar estas situaciones estresantes con calma?	0.868
5. ¿Trató de olvidar estas situaciones estresantes?	0.871
13. ¿Trató de evitar pensar en dicha situación estresante?	0.868
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?	0.868
29. ¿Evitó pensar en la situación, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?	0.868
37. ¿Deseó que esas situaciones hubieran desaparecido o pasado?	0.868
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad estas situaciones?	0.868
6. ¿Sintió que el paso del tiempo mejoraría las cosas y que esperar era lo único que podía hacer?	0.867
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre estas situaciones?	0.868
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?	0.868
30. ¿Aceptó las situaciones estresantes, porque pensó que nada se podía hacer?	0.867
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?	0.867
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?	0.867
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar situaciones similares?	0.867
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?	0.867
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?	0.868
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?	0.867
39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?	0.867
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar estas situaciones?	0.867
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?	0.868
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?	0.867
24. ¿Se mantuvo alejado de sus colegas?	0.867
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?	0.867
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?	0.867
48. ¿Intento hacer algo, a pesar que creía que no iba a funcionar?	0.867

CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT  
INVENTORY”

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.871	15

Estadísticas de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0.869
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0.870
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0.869
6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0.869
8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	0.870
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.	0.870
14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0.869
16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0.869
20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0.869
5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0.869
10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.	0.869
11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0.869
15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0.869
22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0.869
4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	0.869
7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0.869
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	0.869
12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0.869
17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	0.869
18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	0.869
19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0.869
21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0.869

### ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

## TÍTULO: “AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2017”

AUTOR: HARO ASPAJO, SAID GABRIEL

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>Cuál es la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del hospital regional clínico quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuáles son las características del afrontamiento al estrés en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> <li>2. ¿Cuáles son las características del síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> <li>3. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de razonamiento y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> <li>4. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de acción y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> <li>5. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> <li>6. ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés emotivas y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017?</li> </ol>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer las características del afrontamiento al estrés en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>2. Establecer las características del síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>3. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de razonamiento y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>4. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de acción y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>5. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés de aceptación pasiva y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>6. Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés emotivas y el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> </ol>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>El uso de adecuadas estrategias de afrontamiento al estrés guarda relación directa y significativa con el síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A mejores estrategias de razonamiento, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>2. A mejores estrategias de acción, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>3. A mejores estrategias de aceptación pasiva, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> <li>4. A mejores estrategias emotivas, menor síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017</li> </ol>	<p><b>TIPO Y NIVEL</b></p> <p>El estudio es descriptivo trasversal de tipo correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Descriptivo porque trabajó con un solo grupo muestral en el que se valorarán las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal porque los datos se recogieron en un solo momento</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional porque se buscó determinar en qué medida una variable le afecta a la otra.</p> <p><b>DISEÑO</b></p> <p>El estudio responde al siguiente esquema:</p> <pre> graph LR     M --&gt; O1     M --&gt; O2     O2 --&gt; O1     </pre>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Estrategias de afrontamiento al estrés</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Síndrome de Burnout</p> <p><b>VARIABLES INTERVINIENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Edad</li> <li><input type="checkbox"/> Servicio</li> <li><input type="checkbox"/> Estado civil</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo adicional</li> <li><input type="checkbox"/> Estudios de especialidad/post grado</li> <li><input type="checkbox"/> Número de hijos</li> </ul>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población de referencia fueron 230 licenciadas en enfermería que laboran en el Hospital Regional Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en el 2017, y que cumplieran determinados criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 132 enfermeras del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el 2017.</p> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b></p> <p>Para valorar la estrategias de afrontamiento</p> <p>“Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI)”</p> <p>Para valorar el síndrome de Burnout</p> <p>Inventario de Burnout de Maslach” (MBI)</p>

