

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



TESIS

**“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN
LA REDUCCIÓN DEL BURNOUT Y LAS DISFUNCIONES
EMOCIONALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN
EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO 2019”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y
DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTORA: Rosales Córdova, Nidia Victoria

ASESORA: Rodríguez de Lombardi, Gladys Liliana

HUÁNUCO – PERÚ

2021

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Salud ocupacional

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22425745

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22404125

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-4021-2361

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Preciado Lara, María Luz	Doctora en ciencias de la salud	22465462	0000-0002-3763-5523
2	Berrios Esteban, Diza	Maestro en salud pública y gestión sanitaria	22515625	0000-0002-5214-0836
3	Salazar Rojas, Celia Dorila	Magister en educación gestión y planeamiento educativo	22415399	0000-0002-0562-3712

H



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las 10:00 horas del día 22 del mes de julio del año 2021, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron la sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

- Dra. Maria Luz Preciado Lara
- Mg. Diza Berrios Esteban
- Mg. Celia Salazar Rojas

Nombrados mediante resolución N° 219-2021-D-EPG-UDH de fecha 20 de julio del 2021; para evaluar la tesis intitulada "**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DEL BURNOUT Y LAS DISFUNCIONES EMOCIONALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO 2019**". Presentada por la Bach. **Nidia Victoria ROSALES CÓRDOVA**, para optar el grado de maestra en Ciencias de la Salud, con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación se desarrolla en dos etapas: exposición y absolución de preguntas procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros de jurado.

Habiéndose absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias procedieron a deliberar y calificar, declarándolo **Aprobada** por **Unanimidad** con calificativo cuantitativo de **18** y cualitativo de **Muy Bueno**

Siendo las 11:00 horas del día miércoles 22 del mes de Julio del año dos mil 2021, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Maria Luz Preciado Lara

SECRETARIA

Mg. Diza Berrios Esteban

VOCAL

Mg. Celia Salazar Rojas

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la oportunidad y permitido que luego de una serie de dificultades pueda al fin cumplir con esta meta tan anhelada.

A mis hijos Diego y Camila que son el motor y motivo de mis proyectos y logros en la vida.

A mi madre que desde el cielo debe estar contenta porque siempre me inculcó el valor del estudio y las recompensas de ello.

NIDIA VICTORIA ROSALES CORDOVA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, por brindarme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

A mi Asesora de tesis Dra. Liliana Rodríguez Acosta, por su apoyo y empuje permanente para cumplir con la meta trazada.

A mis colegas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, por su colaboración en la ejecución del presente trabajo, en especial a las Enfermeras del servicio de Medicina y Pediatría.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	XII
ABSTRAT	XIII
INTRODUCCION	XIV
CAPÍTULO I	16
1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	16
1.1. Descripción del problema	16
1.2. Formulación del problema.	24
1.2.1. Problema General	24
1.3. Objetivos generales.....	24
1.4. Objetivos específicos	24
1.5. Justificación de la investigación	25
1.5.1. Relevancia teórica.....	25
1.5.2. Relevancia técnica.	25
1.5.3. Relevancia académica.	26
1.6. Limitaciones de la Investigación	26
1.7. Factibilidad.	26
CAPITULO II	27
2. MARCO TEORICO	27
2.1. Antecedentes de la investigación	27
2.1.1. Antecedentes Internacionales	27
2.1.2. Antecedentes Nacionales	29
2.1.3. A nivel Regional y Local.....	32
2.2. Bases teóricas.....	34
2.2.1. Teoría que sustenta	34
2.2.2. Breve referencia histórica	37
2.2.3. Marco conceptual y aspectos teóricos referidos a las variables.	38
2.3. Definición operacional de palabras clave.	42

2.4. Hipótesis.....	42
2.5. Variables.	43
2.5.1. Variable dependiente.	43
2.5.2. Variable independiente.	43
2.6. Operacionalización de variables.....	44
CAPITULO III.....	48
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	48
3.1. Tipo de investigación.....	48
3.1.1. Enfoque.....	48
3.1.2. Alcance o nivel.....	48
3.1.3. Diseño.....	48
3.2. Población y muestra.....	49
3.2.1. Población.....	49
3.2.2. Muestra.....	50
3.3. Técnicas e instrumentos.....	52
CAPITULO IV.....	68
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	68
4.1. Resultados Descriptivos Grupo Experimento.....	68
4.1.1. Pre Test.....	70
4.1.2. Post Test.....	75
4.2. Resultados Descriptivos Grupo Control.....	80
4.2.1. Pre Test.....	82
4.2.2. Post Test.....	87
4.3. Resultados de Pre y pos Test.....	92
4.4. Análisis Inferencial.....	97
V. CAPITULO.....	99
5. DISCUSIÓN.....	99
5.1. Contrastación de los resultados del trabajo de investigación.....	99
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXO.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 En la tabla 1 se muestra los instrumentos de medida de Burnout. Mismos que se analizarán a continuación:	40
Tabla N° 2 Concordancia de las respuestas de los jueces	62
Tabla N° 3 Características Sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	68
Tabla N° 4 Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	69
Tabla N° 5 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019	70
Tabla N° 6 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019	71
Tabla N° 7 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	72
Tabla N° 8 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	73
Tabla N° 9 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	74
Tabla N° 10 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	75
Tabla N° 11 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	76

Tabla N° 12 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karateka post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	77
Tabla N° 13 Resultados de la aplicación del inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	78
Tabla N° 14 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	79
Tabla N° 15 Características Sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	80
Tabla N° 16 Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	81
Tabla N° 17 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	82
Tabla N° 18 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	83
Tabla N° 19 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	84
Tabla N° 20 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la de presionen el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	85
Tabla N° 21 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	86
Tabla N° 22 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	87

Tabla N° 23 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019	88
Tabla N° 24 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán 2019.	89
Tabla N° 25 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	89
Tabla N° 26 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	91
Tabla N° 27 Nivel de Burnout pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	92
Tabla N° 28 Actitudes disfuncionales en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	92
Tabla N° 29 Nivel de estrés Laboral en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	94
Tabla N° 30 Nivel de depresión en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	95
Tabla N° 31 Nivel de depresión en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	96
Tabla N° 32 Estadístico de Contraste Prueba de ANOVA DE Friedman en la aplicación del programa educativo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales.	97
Tabla N° 33 Estadístico de Contraste Prueba de ANOVA DE Friedman en la aplicación del programa educativo conductual en la reducción de las disfunciones emocionales	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	70
Gráfico N° 2 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	72
Gráfico N° 3 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	73
Gráfico N° 4 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	74
Gráfico N° 5 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	75
Gráfico N° 6 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	77
Gráfico N° 7 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	78
Gráfico N° 8 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	79

Gráfico N° 9 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	82
Gráfico N° 10 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	84
Gráfico N° 11 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	85
Gráfico N° 12 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	86
Gráfico N° 13 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	87
Gráfico N° 14 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019	89
Gráfico N° 15 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	90
Gráfico N° 16 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	91
Gráfico N° 17 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Nivel de Burnout del pre y pos de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.	92

Gráfico N° 18 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de las actitudes disfuncionales del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	93
Gráfico N° 19 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de estrés del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	94
Gráfico N° 20 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de depresión del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	95
Gráfico N° 21 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de ansiedad estado-rasgo del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.....	96

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad del programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir el nivel de síndrome de burnout y las disfunciones emocionales en profesionales de Enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán 2019. **Material y métodos:** Estudio cuasi experimental, con pre prueba y pos prueba, grupo control y grupo de experimentación. Entre los resultados se encontró que la aplicación del programa educativo fue efectivo, ya que contribuyó en la reducción del Burnout en un 9,5% y en las disfunciones emocionales 14.3%. Por otro lado, se evidencia relaciones existentes entre Burnout y disfunciones emocionales, ya que para ambos casos se presentó significancia de ($n=21$; $X^2=252,0$; $p=0,0$; $\alpha=0,05$), en nivel de burnout y disfunciones emocionales ($n=21$; $X^2=152,0$; $p=0,1$; $\alpha=0,05$). Por lo tanto, se comprueba una Reducción de los niveles de Burnout en el grupo experimental, ya que durante el pre test se encontró que el 19,0% presentaron un alto nivel de burnout., reduciéndose a un 14.3%, lo que da una disminución del 4,7% en el nivel alto. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 4,8%. Dando un resultado final del 9,5% de disminución del nivel de burnout en el grupo de intervención.

Conclusiones: El programa de intervención cognitivo-conductual para disminuir el nivel de síndrome de burnout y las disfunciones emocionales en profesionales de Enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán es efectivo.

Palabras Claves: Programa Cognitivo. Conductual Burnout, Disfunciones emocionales

ABSTRAT

Objective: To evaluate the effectiveness of the cognitive-behavioral intervention program to reduce the level of burnout syndrome and emotional dysfunctions in Nursing professionals at the Regional Hermilio Valdizán Hospital 2015. **Material and methods:** Quasi-experimental study, with pre-test and post-test, control group and experimentation group. Among the **results** it was found that the application of the educational program was effective, since it contributed to the reduction of Burnout by 9.5% and emotional dysfunctions 14.3%. On the other hand, there are existing relationships between Burnout and emotional dysfunctions, since for both cases there was a significance of ($n = 21$; $X^2 = 252.0$; $p = 0.0$; $\alpha = 0.05$), at the level of burnout and emotional dysfunctions ($n = 21$; $X^2 = 152.0$; $p = 0.1$; $\alpha = 0.05$). Therefore, there is a reduction in Burnout levels in the experimental group, since during the pretest it was found that 19.0% had a high level of burnout, reducing to 14.3%, which gives a decrease in 4.7% at the high level. While in the middle level there was a decrease of 4.8%. Giving a final result of 9.5% decrease in the level of burnout in the intervention group. **Conclusions:** The cognitive-behavioral intervention program to reduce the level of burnout syndrome and emotional dysfunctions in Nursing professionals at the Region Hermilio Valdizán Hospital is effective

Keywords: Cognitive Program. Behavioral, Burnout, Emotional Dysfunctions

INTRODUCCION

La sociedad en su conjunto ha ido adquiriendo de manera paulatina un ritmo de vida cotidiana, en el cual se exige alcanzar objetivos marcados de manera óptima e inmediata. Esto provoca la aparición de situaciones con altos niveles de estrés en algunas profesiones, pero se acrecienta especialmente en profesiones que se dedican a procurar servicios para los ciudadanos, específicamente en profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) encontró que, a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países en vías de desarrollo sufren de estrés laboral crónico; mientras que en los países industrializados serían entre el 20% y 50% los trabajadores afectados por dicha enfermedad. A raíz de estos resultados, la OMS propuso implementar estrategias para favorecer el cuidado de los recursos humanos en las organizaciones; poniendo énfasis en aquellas en que se tenga contacto directo con otras personas, como es el caso de los servicios de salud (hospitales, clínicas, establecimientos de salud, etc.) a nivel mundial. Aquello implica que los trabajadores se encuentren satisfechos con el salario percibido, que tengan oportunidades de desarrollo de su carrera profesional,

mantengan relaciones interpersonales saludables y cuenten con condiciones óptimas de trabajo, promoviendo así su motivación y la adquisición de mayor conocimiento y destrezas profesionales. Solo de esta manera, se evitará el deterioro de la calidad de servicio ofrecido por los diversos sistemas de salud y reducirá el índice de trabajadores con estrés crónico.

En el Capítulo I se hace referencia al planteamiento del problema, señalando la formulación del mismo, los objetivos y la trascendencia de la investigación.

El Capítulo II se hace referencia al marco teórico, precisando los conocimientos teóricos, epistemológicos, enfoques, teorías, modelos y fundamentos paradigmáticos correspondientes a la problemática evidenciada referida al clima organizacional y la productividad laboral.

En el Capítulo III se señala el marco metodológico indicando el tipo de investigación, población, muestra; así mismo de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de la información obtenida durante el desarrollo de la investigación.

En el Capítulo IV se señalan los resultados o hallazgos de la investigación; finalmente en el Capítulo V se precisa la discusión y contrastación de los resultados.

CAPÍTULO I

1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1. Descripción del problema

El Síndrome de Burnout en el enfermero genera alteraciones en el bienestar de la población atendida y opaca el reconocimiento social de estos profesionales de la salud, por lo cual se debe luchar contra este Síndrome. Es por esto que la presencia de esta alteración en la salud de los trabajadores de Enfermería constituye un verdadero obstáculo para nuestro Sistema Nacional de Salud, que está sufriendo un proceso de profesionalización, transformador y renovador de sus servicios camino a la excelencia. Este proceso de deterioro de la salud del enfermero pudiendo provocar accidente o enfermedades crónico-degenerativas, que conlleva implícito una disminución en la calidad de la atención brindada a los pacientes.¹

La importancia de conocer la prevalencia del síndrome de burnout en los diferentes ámbitos nacionales, radica en las consecuencias documentadas, en la calidad de los cuidados de enfermería, su repercusión en la salud de los pacientes y de las enfermeras.² La prevalencia del síndrome de burnout es variable, por ejemplo en España, Díaz-Muñoz en un hospital de cardiología, encontró una prevalencia del 8% de un alto grado de cansancio emocional y fueron las mujeres quienes mostraron niveles más altos en esta dimensión; en las auxiliares de enfermería se detectaron puntajes más altos en despersonalización con 31 y 38,5% presentó bajo grado de realización personal; sin embargo, las enfermeras de áreas de cuidados críticos presentaron puntajes elevados en esta dimensión.³

La prevalencia de Burnout fue de 62% para cansancio emocional elevado, un 52% para despersonalización y un 66% para baja realización personal.⁴

En Perú, en el año 2002 el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado –Hideyo Noguchi", halló que 25,9% de la población adulta de Lima Metropolitana sufre de alto estrés en el trabajo, mientras que en tres localidades del interior del país (Ayacucho, Huaraz y Cajamarca), las estimaciones superaron el 33,9%, presentándose más en mujeres que en hombres⁵.

Asimismo, Dávalos⁶ encontró que en el Hospital Nacional de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en una muestra de 48 enfermeras, presentaban un 60,42% (29) de estrés medio, 20,83% (10) de estrés bajo y 18,75% (9) de estrés alto. A su vez, se observa que el nivel de estrés laboral en su dimensión de agotamiento emocional está dado por sentimientos de cansancio.

En Huánuco⁶, se ha incrementado el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout en los trabajadores que laboran menos de 10 años en cualquiera de los servicios hospitalarios ya que se encuentran propensos a posibles factores como: tiempo promedio de trabajo mensual extraordinario, carga familiar excesiva y bajos ingresos económicos mensuales promedio. En estas circunstancias, se tiene una prevalencia de 48,2% de estrés y 52,1 % de ansiedad.

Por otro lado, vivimos en una sociedad que evoluciona tanto en el ámbito humano como en el ámbito científico y tecnológico, y esto influye en gran parte en los individuos y en su forma de aceptar problemas. Por tanto, en los tiempos actuales, las empresas deberán prestar mayor interés en la calidad de vida laboral a diferencia de años anteriores en donde se buscaba únicamente la relación con el rendimiento. Se subyace la idea de que "las personas trabajen bien, pero sintiéndose bien; o a la inversa, que estén a gusto en el trabajo, al tiempo que ofrecen un resultado satisfactorio"⁷.

En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. Este síndrome tiene diferentes denominaciones que se le han ido dando, como por ejemplo, síndrome de

Burnout, síndrome de quemazón profesional, síndrome de desgaste profesional, síndrome de estrés laboral asistencial, síndrome de estar quemado, etc. Se considera como la fase avanzada del estrés profesional y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y de la realidad de trabajo diario.⁸ Así también se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con personas.⁹

Desde hace décadas se ha reconocido que el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario tiene varias fuentes de estrés¹⁰ y que las enfermeras al estar expuestas de manera constante, pueden tener repercusiones en su salud física y mental; sin embargo, esto depende de diversos factores que median la relación causa efecto. Los efectos del estrés laboral prolongado se han descrito como síndrome de burnout y se presenta en las personas cuyas ocupaciones se caracterizan por interacciones personales frecuentes.

Dada la naturaleza del trabajo de enfermería y su contexto, las enfermeras son consideradas un grupo de alto riesgo y se han documentado las prevalencias del *síndrome de burnout* en diferentes países del mundo.^{11, 12}

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una “filosofía humanística” del trabajo; es decir, aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. El Burnout es característico de los profesionales que se dedican a “Servicios Humanos”, es decir, trabajos que consisten en ofrecer servicios humanos directos de gran relevancia para el demandante. Así, son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (enfermeros,

médicos, trabajadores sociales, profesores, policías), y además está muy extendido dentro de cada uno de ellos¹³.

En torno a ello, desde hace tres décadas, son múltiples los artículos, referencias y demás publicaciones científicas y estudios experimentales referentes al tan usado término de Burnout que Maslach y Jackson (1986) lo definen como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas que tienen problemas. Por lo que se da una pérdida de recursos emocionales y se desarrollan actitudes negativas e insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Se desarrolla, por parte de los afectados, un sentimiento de insuficiencia personal y baja autoestima al reprocharse no alcanzar sus objetivos propuestos. Maslach delimita el síndrome en tres dimensiones: Cansancio emocional: de pérdida progresiva de energía, fatiga; despersonalización: irritabilidad, actitudes y respuestas frías e impersonales ante las personas y falta de realización personal: respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo¹⁴.

En tal situación, la mayoría de los trabajadores muestran malestar en su trabajo y presentan alteraciones de diferente tipo que en el campo de la psicología de la salud se denomina disfunciones emocionales en las que están comprendidas las alteraciones mentales como: estrés, depresión, ansiedad, actitudes disfuncionales y los adjetivos interpersonales las que podrían manifestarse en el trabajador, en situaciones como faltar al trabajo con más frecuencia y suelen renunciar más, también puede afectar el rendimiento de los trabajadores y la productividad de la empresa¹⁵. Otra consecuencia de las disfunciones emocionales, según Pérez¹⁶ es la desmotivación o falta de interés por el trabajo, que puede llegar a producir en el trabajador tal apatía, que incumpla con sus funciones de forma habitual; por lo que las empresas u organizaciones deben tratar de que sus empleados se encuentren emocionalmente estables. Para ello, han de procurar que trabajen en un entorno físico adecuado y con unas condiciones favorables. El Burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud, es de

sumo interés saber identificarlo y manejarlo consecuentemente. Del mismo modo, Campos¹⁷ ha indagado las causas de las disfunciones emocionales, identificando los factores organizacionales como la estructura organizacional, el horario rotativo, la jornada laboral siendo principalmente la nocturna que favorece condiciones de trabajo que generan alteraciones fisiológicas, como la ruptura del ritmo biológico circadiano, que vulnera su estado anímico con manifestaciones de angustia, enojo, aumento de tensión e irritabilidad.

En este marco el personal sanitario, y muy especialmente la enfermería, sería particularmente vulnerable al Burnout. Así, según estudios epidemiológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome. Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez¹⁸ en su estudio del Burnout de las enfermeras han identificado como características negativas del ambiente laboral, la carga de trabajo como: una ergonomía hospitalaria inadecuada, la falta de técnicas o una mala utilización de las mismas, la sobrecarga estática (reiteración de posturas y movimientos incorrectos), la sobrecarga dinámica, la falta de tiempo y de preparación muscular, son situaciones generadoras de malestar en el entorno laboral, sobre todo entre el colectivo de enfermería y auxiliar. La ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración profesional.

Las disfunciones emocionales que experimentan los trabajadores y profesionales de enfermería afectan directa e indirectamente la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes, así como su estado de salud. Según Kaye¹⁹ las consecuencias de las disfunciones emocionales recaen en las distorsiones en la estima personal. Los niveles de autoestima son atributos de la personalidad, decurrentes de las relaciones intra e interpersonales, influenciando las actitudes de las personas en sus actividades escolares, en el trabajo y en las demás actividades diarias.

Al referirse de manera específica a los componentes de las disfunciones emocionales cabe destacar al estrés como el riesgo mayor

que experimentan las profesionales de enfermería dado que las tareas que cumplen requieren de mayores exigencias y dedicación, situación reconocida por Meza-Benavides²⁰ quien ha identificado que la profesión de enfermería es considerada como potencialmente estresante y se debe al hecho de que estos profesionales enfrentan diariamente con diversos factores de estrés y tensión ocupacional por la responsabilidad que asume en sus horas laborales, la sobrecarga de trabajo, el continuo contacto con pacientes críticos, con enfermedades muchas veces terminales, contagiosas y el contacto con el dolor y la muerte, trabajar en un ambiente en el cual el sufrimiento humano son parte de su cotidiano; además de los escasos periodos de descanso, la falta de cooperación de los pacientes por su estado de gravedad y el aumento de las exigencias en cuanto a la calidad de atención del profesional de enfermería. Por tanto, el personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como «el malestar de nuestra civilización», afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva²¹. Del mismo modo, la depresión es otro de los trastornos de las disfunciones emocionales que va en aumento progresivo en la población en general y en los profesionales de enfermería, la que mayormente, pasa desapercibida. Asimismo, la ansiedad como componente de los procesos disfuncionales se manifiesta en los profesionales de enfermería al generar sentimientos de inquietud o miedo ante un posible peligro o riesgo que puede ser cierto o imaginario; durante los cuidados que brinda de los pacientes a su cargo²².

Los aspectos organizacionales considerados son: el clima laboral, el grado de apoyo y el estilo de liderazgo que ofrece la organización al trabajador (sobre todo estilos de liderazgo no participativos o jerárquicos y autoritarios) se han relacionado más con la aparición de desgaste en el profesional. También se relacionan con un mayor nivel de Burnout la descompensación entre las expectativas ante el puesto de trabajo (compensaciones ante los esfuerzos realizados) y lo que se recibe por

parte de la organización, generando un sentimiento de explotación por parte del trabajador. También se ha observado al respecto que soportan malas condiciones de trabajo como son los turnos horarios. Pasan por una falta de reconocimiento social y de autonomía en su trabajo asistencial. De otro lado, existe en la actualidad una tendencia descendiente de la oferta de estos profesionales, se incrementa la necesidad del personal cualificado, la falta de apoyo social (especialmente la de los cargos superiores), ello coincidirá con el aumento de la demanda de los cuidados de enfermería debido al envejecimiento progresivo de la población y los adelantos tecnológicos que permiten alargar la vida de los pacientes, pero con mayores cuidados²³.

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Asimismo, afloran síntomas de carácter psicossomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc. Este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicossomático se entiende como las consecuencias del síndrome de Burnout o “estar quemado”²⁴.

Según Schaufeli²⁵ para poder manejar el Burnout, es necesario “aprender de él”, de su “comportamiento”, de su manera de distribuirse y de desarrollarse; entonces estaremos en disposición de saber cómo controlarlo, cómo evitarlo, o cómo hacerlo salir de nuestras vidas. Al respecto la comunidad científica ha aportado soluciones específicas a través de destacados trabajos que han tenido una gran repercusión en la reducción del Burnout en organizaciones de salud, estos avances han demostrado un efecto trascendental en la minimización de síndromes y alteraciones emocionales; por tanto, requieren ser tomados en cuenta en nuestra realidad, adaptándolos de forma específica a los profesionales de enfermería, tema que se viene abordando en el presente estudio.

Para este fin se hace necesario implementar terapias efectivas, de aplicación fácil, que permitan reorientar los componentes del Burnout, mediante acciones conjuntas del equipo de salud con participación del propio profesional de enfermería. Esta propuesta se basa en lo expresado por Erikson²⁶, Lazarus, Folkman²⁷ y Slaikeu²⁸ quienes afirman que toda crisis supone una perturbación, pero a la vez según Martín²⁹ y Álvarez³⁰ ello posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal; que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una considerable reducción. Por la situación planteada y dada la magnitud y vulnerabilidad que enfrentan el personal de salud y considerando la susceptibilidad del problema de resolverse mediante una investigación; en efecto, se propone la intervención cognitivo-conductuales, basado en el modelo cognitivo conductual de Meichenbaum³¹ a fin de explorar su capacidad predictiva y extender el conocimiento en la reducción del Burnout de los profesionales de enfermería.

El Hospital Regional Hermilio Valdizán no está aislado de esa problemática puesto que el personal de enfermería está sometido a situaciones, que pudieran causar estrés, como son: la responsabilidad del trabajo, la iluminación defectuosa, espacio inadecuado o insuficiente para las labores a realizar, exceso de calor, ausencia de personal médico en situaciones de urgencia, sobrecarga laboral, falta de comunicación entre compañeras de trabajo sobre los problemas del servicio. Tales eventos o condiciones estresantes que confronta el profesional de enfermería pueden arrojar consecuencias que inciden en el deterioro eminente de su salud, y por ende una degradación del desempeño laboral que afecta al mismo equipo de salud y también al usuario de esta unidad. Asimismo, a diario ingresa un promedio de 30 a 40 pacientes para recibir atención intrahospitalaria por servicio, y en cada servicio está encargado un promedio de 3 enfermeras en el turno de la mañana y el turno de la tarde, 2 enfermeras en el turno de la noche. Lo cual demuestra que la carga es clave, tomando en cuenta que la calidad de atención que

se da a los pacientes aumenta o disminuye en la mejoría de los pacientes, costos hospitalarios, etc.

1.2. Formulación del problema.

Por las razones planteadas y las disyuntivas observadas nos llevan a formular la siguiente pregunta de investigación:

1.2.1. Problema General

¿De qué manera el programa cognitivo-conductual aplicada al profesional de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco es efectiva en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales?

1.3. Objetivos generales.

Determinar la efectividad del programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2019.

1.4. Objetivos específicos

- Identificar los aspectos demográficos de los grupos experimental y control en estudio.
- Determinar las relaciones existentes entre Burnout y disfunciones emocionales.
- Reducir los niveles de Burnout en profesionales de enfermería a través de una instrucción cognitiva-conductual.
- Aplicar un programa cognitivo-conductual a los profesionales de enfermería del grupo experimental.
- Evaluar el efecto del programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales en los profesionales

de enfermería respecto a un grupo control de profesionales de enfermería que no reciben el programa de intervención.

1.5. Justificación de la investigación

En la actualidad se acepta que el síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional. Existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso de profesionales de la salud, que experimentan una variedad de problemas de salud en el aspecto físico que se manifiestan con cefaleas, úlceras pépticas y trastornos cardiovasculares³². Por otro lado, en el aspecto psicológico se evidencian problemas como estrés, depresión, ansiedad³³. Asimismo, García³⁴ refiere que la calidad de vida del profesional de enfermería es el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales del individuo.

No debe dudarse el hecho de que las personas tienden a dar calidad al cliente en el mismo grado que percibe que son tratadas por la organización en donde trabajan. Por ello es importante que la calidad de vida profesional sea medida periódicamente y sea objeto de un proceso de mejora continua en el seno de las organizaciones.

1.5.1. Relevancia teórica.

La enfermería como una profesión de riesgos se caracteriza, por su cansancio emocional, despersonalización y ausencia de realización personal, repercusión que las consecuencias psicosociales del ámbito laboral pueden tener sobre la salud y rendimiento del personal, ante ello son pocos los estudios que se han realizado en nuestro país y región, específicamente en las formas de prevención y afrontamiento sobre este síndrome.

1.5.2. Relevancia técnica.

La validación de la efectividad de un programa cognitivo conductual frente al Burnout y las disfunciones emocionales otorgarán la

disponibilidad de medidas eficaces en el manejo del Burnout por los responsables de la institución, esta solución terapéutica repercutirá beneficiosamente en la salud mental y emocional de uno de los colectivos más afectados por el síndrome de Burnout y sus disfunciones emocionales asociadas o concomitantes.

1.5.3. Relevancia académica.

El profesional de enfermería, debe conocer, con suficiente profundidad, las características del síndrome de Burnout y las técnicas para su prevención y afrontamiento, por tanto, la presente investigación justifica su estudio.

1.6. Limitaciones de la Investigación

De acuerdo a la metodología propuesta en este estudio no se evidencia limitaciones, referente al uso de materiales, ni para el recojo de datos, así como tampoco en el componente económico ya que se pudo sustentar el costo por el investigador. Así mismo, la población que participo en el estudio, se encuentra en el inmerso en el lugar de trabajo cuyas instalaciones fue de fácil acceso y las personas de fácil abordaje.

1.7. Factibilidad.

El estudio fue factible porque permitió cumplir con los aspectos éticos-morales en el desarrollo de la investigación. Asimismo, se contó con los recursos propios para financiarlo, dotando de los materiales y subvencionando de forma suficiente los gastos económicos para su ejecución.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

El estrés laboral en el trabajo produce respuestas dañinas físicas y emocionales que ocurren cuando los requerimientos del trabajo no se corresponden con las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Por ello es que el estrés laboral puede conducir a problemas de salud y a lesiones y accidentes. En este sentido el modelo teórico de Karasek³⁵ titulado “la tensión laboral” ha hecho énfasis en el estudio de los estresores laborales, encontrando una relación entre las mismas y la aparición de la enfermedad; para medir la intensidad del estrés laboral este modelo plantea el cuestionario de 23 ítems divididas en cuatro dimensiones que son: Control del trabajo, demanda de Habilidades, demandas del trabajo y apoyo social.

Este antecedente teórico nos guiará en la elaboración del instrumento referida a la medición de la variable dependiente, puesto que presenta gran aproximación con el estudio que venimos realizando.

En España, Párraga³⁶ realizó una tesis doctoral con un diseño intergrupo pre test- pos test con grupo experimental y un grupo control sobre la eficacia del programa para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios, cuyo objetivo fue determinar las relaciones existentes entre Burnout, estrés laboral y disfunciones emocionales y reducir los niveles de Burnout en profesionales sanitarios no facultativos, a través de una intervención psicológica. La población de este estudio estuvo constituida por 301 personales de enfermería de asistencia especializada, con puesto de trabajo fijo o interino en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia perteneciente al Servicio Extremeño de Salud. La muestra definitiva lo

conformaron 43 enfermeras (6 de ellas supervisoras) y 39 auxiliares de enfermería. Los resultados de este estudio evidenciaron que el síndrome de Burnout de los profesionales sanitarios no se relaciona con los niveles de estrés laboral individual, pero sí se relaciona con la intensidad de las respuestas de estrés, así como con las diferentes disfunciones emocionales que pudieran ir asociadas, tales como ansiedad, depresión y debilidad psicológica, en el sentido de que a mayor Burnout, mayor número de respuestas de estrés, mayores niveles de ansiedad, de depresión y mayor debilidad psicológica; asimismo el programa de intervención respecto al Burnout en profesionales de salud ha sido eficaz para reducir los niveles de Burnout de los sujetos pertenecientes al grupo experimental, hecho que no se ha producido en los sujetos que formaban parte del grupo control.

Este antecedente específico de investigación presenta una gran proximidad con nuestro estudio que venimos abordando en el sentido que estudia la eficacia de un programa de intervención para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales, por ello este antecedente nos guio en la elaboración de la metodología de nuestro estudio.

Ortega, Salas y Correa³⁷ en España realizaron un estudio descriptivo de corte transversal titulado “Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Hospital aquilino Tejeira. Febrero-marzo 2011”. Los resultados demostraron que la dimensión más determinante fue la baja realización personal con 31.4% seguido de un 21.2 % de cansancio emocional y 17.2% de despersonalización. En conclusión, se obtuvo un 4.5% de prevalencia del síndrome.

Este antecedente de investigación aportó en el marco teórico del síndrome de Burnout del presente estudio.

Yslado, Atoche, Quispe, Ruiz y Medina³⁸ realizaron una investigación descriptiva correlacional titulado “Factores socio demográficos intra y extra organizativos relacionados con Síndrome de quemarse por el

trabajo en profesionales de salud de hospitales. Ancash. Perú. 2011". Cuyo objetivo fue analizar y relacionar los factores socio demográficos, intra y extra organizativos. La muestra fue de 127 profesionales nombrados de ambos sexos entre 27 y 69 años, a quienes se les aplicó el Inventario Burnout de Maslach (IBM). Se encontró que la mayoría (78.0%) de los profesionales presentan fase inicial del SQT, con bajo estrés; 2.4% se encuentran en la fase intermedia y el 19.6% en la fase final con alto estrés laboral crónico y desgaste profesional. Existen diferencias significativas entre los grupos ocupacionales en relación a la dimensión baja realización personal, que en mayor porcentaje presentan los médicos. Asimismo, hay diferencias significativas por género, los varones presentan en mayor frecuencia falta de realización personal en el personal. No se ha encontrado diferencias significativas para las dimensiones cansancio emocional y despersonalización. Se concluye que no existe asociación significativa entre los factores socio demográficos, intra y extra organizativos, con el SQT en todas sus fases; pero si hay relación significativa entre el factor intra organizativo grupal (apoyo socioemocional, conflictos interpersonales con compañeros de trabajo, conflictos gremiales) y la fase final de SQT de los grupos ocupacionales citados.

Este antecedente apporto en los aspectos teóricos y metodológicos de la presente investigación.

En conclusión, los antecedentes, experiencias y hallazgos de los estudios de investigación presentados, insertaron las teorías, experiencias y marcos conceptuales en la investigación que se realizara, aportando una comprensión referente a la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Requejo C.k en Ayacucho ⁽¹⁶⁾ Realizo un estudio de investigación titulado "factor laboral asociado al síndrome de burnout en los

profesionales de enfermería del hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar la asociación entre el factor laboral y el síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho. El diseño metodológico correspondió a una investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo relacional, diseño de corte transversal. La población conformada por 120 enfermeros(as), de los servicios de hospitalización, emergencia y consultorios; la muestra 76 profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización y emergencia. La técnica de recolección de datos fue la encuesta para el factor laboral y síndrome de burnout. Los resultados obtenidos del total de profesionales encuestados (76), fue que el 78.9% presenta síndrome de Burnout, de quienes el 5.3% presenta síndrome de Burnout alto, el 36.8% intermedio y el 36.8% bajo, 21.1% (16) no presenta síndrome de Burnout. Respecto al factor laboral, previo análisis estadístico de Chi cuadrado, se determinó que existe asociación entre la condición laboral (contratado) e insatisfacción laboral con el síndrome de burnout. Concluyendo que no existe asociación entre los años de labor profesional y los lugares donde laboran.

Revilla V. V en Cajamarca ⁽¹⁷⁾ Realizo un estudio de investigación titulado "síndrome de burnout y su relación con las características sociodemográficas del personal de enfermería en la Micro red Pachacútec "teniendo como objetivo determinar y analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería de la Micro Red Pachacútec. Metodología: El presente estudio es de tipo descriptivo, analítico y correlacional. La muestra estuvo constituida por 44 enfermeros determinados por muestreo aleatorio de cada establecimiento de salud que conforma la Micro Red Pachacútec, a quienes se le aplicó una encuesta individual mediante la cual se determinaron las características sociodemográficas de la población en estudio y con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) se identificaron los grados del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería. Entre los resultados más

importantes se destacan: que las características sociodemográficas como edad, sexo, religión, estado civil, condiciones laborales, tiempo de servicio, relaciones interpersonales pueden predisponer a la presencia del Síndrome de Burnout; así mismo se encontró que del total de profesionales de enfermería el 51,3% presentan grado medio de Burnout, el 35,9% presentan grado bajo y el 12,8% de la población en estudio presenta grado alto, Concluyendo que el total de la población en estudio presenta Síndrome de Burnout en sus diferentes grados.

Castillo A.K, Lima ⁽¹⁸⁾ Realizo un estudio de investigación titulado “síndrome de burnout y desempeño laboral del enfermero en el Hospital nacional Víctor Larco Herrera” Objetivo: Determinar el nivel del Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral en el Enfermero del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera- diciembre 2013. Material y Método: Enfoque cuantitativo de diseño descriptivo, a una población de 138 enfermeros (as); se utilizó el instrumento MBI para la recolección de datos de la primera variable y un segundo instrumento para la segunda variable el cual pasó por validez y confiabilidad. Se utilizó la estadística descriptiva (Alfa de Cron Bach). La actual investigación fue evaluada por un comité de ética en investigación. Resultados: Se determinó la existencia del Síndrome de Burnout en niveles moderados en un 71%, asimismo sus tres dimensiones resultaron también tener niveles moderados: 61.6% en Agotamiento Emocional, 57.2% en Despersonalización y 97.1% en Falta de Realización Personal; con respecto a la segunda variable el 52.2% tienen Desempeño Laboral inadecuado, y en sus dimensiones resultó que el 75.4% tiene Relaciones Interpersonales adecuadas, 52.9% tienen Experiencia o Habilidad Practica inadecuada y el 60.1% tienen Satisfacción Laboral inadecuada. Conclusiones: La mayoría de las enfermeras del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera presentan una forma moderada de estrés, y desempeño laboral inadecuado.

2.1.3.A nivel Regional y Local

López, Barrera T. Ben Huánuco.⁽¹⁹⁾ Realizaron un estudio de investigación titulado "Factores relacionados al síndrome de burnout en el personal de salud del hospital regional Huánuco.

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre los factores con el síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Métodos: Estudio observacional. Las variables fueron Síndrome de burnout, profesión, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal. No se obtuvo muestra. Se tomó a toda la población de médicos y enfermeras, conformada por 130, de los cuales 110 aceptaron participar. Para el diagnóstico del síndrome de Burnout se utilizó la encuesta de Maslach. Se empleó una encuesta validada por expertos. Se utilizó el programa Microsoft Excel, SPSS y Epidat. El análisis estadístico realizado fue descriptivo (frecuencias absolutas y relativas) e inferencial (prueba de chi cuadrado, test exacto de Fisher y U de Mann Whitney). Resultados: Se encontró que de los 110 encuestados, 3 (2,7%) presentaron síndrome de Burnout. El 7,3% presentó un alto grado de agotamiento emocional, el 20% un mediano grado de agotamiento emocional y el 72,7% un bajo grado de agotamiento emocional. El 20% evidenció un alto grado de despersonalización, el 29,1% un mediano grado de despersonalización y el 50,9% un bajo grado de despersonalización. El 29,1% mostró un bajo grado de realización personal, el 28,2% un mediano grado de realización personal y el 42,7% un alto grado de realización personal. El análisis bivariado ninguna variable estuvo asociada con el síndrome de Burnout. Para profesión ($p=0,991$), tiempo de labor en el hospital ($p=0,550$) y horas de trabajo semanal ($p=0,912$). Conclusiones: No se encontró relación de algún factor con el síndrome de Burnout. Se encuentra evidencia importante en una o dos dimensiones alteradas para el síndrome, lo cual indicaría que estos estarían en riesgo de desarrollarla en un futuro.

Niño R.T en Huánuco.⁽²⁰⁾ Realizo un estudio de investigación titulado "Efecto de un programa educativo - terapéutico en la prevención

y control del síndrome de burnout en profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del hospital "Es salud" La investigación se realizó con el objetivo de determinar el efecto de un Programa Educativo Terapéutico en la prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería, que laboran en las unidades críticas del Hospital II, Es Salud de Huánuco, 2012. El tipo de investigación que aplicamos tiene un nivel experimental; estableciendo los métodos de estudio cuasi-experimental prospectivo-longitudinal; de los cuales se trabajó con una muestra piloto de 20 profesionales de enfermería. Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario. Los resultados muestran que un promedio del 80% de profesionales de enfermería presentaron el síndrome Burnout antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico y después de la aplicación un promedio de 60% no presentaron dicho síndrome. Para tal efecto, se llegaron a las siguientes conclusiones: el Programa Educativo Terapéutico es efectivo para la prevención y control del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en unidades críticas, donde se comprobó que $P: \infty 0.05 = 3.84 < 14.05 \diamond Ha$

Avelino N. T en Tingo María ⁽²¹⁾ Realizo un estudio de investigación titulado "Grado de afectación y factores asociados del Síndrome de Burnout en personal asistencial y administrativo de la Red de Salud Leoncio Prado" Objetivo: Determinar el grado de afectación y factores asociados del Síndrome de Burnout en personal asistencial y administrativo de la Red de Salud Leoncio Prado. Materiales y métodos: Estudio relacional transversal. Para evaluar el grado de afectación del síndrome de burnout se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory que consta de 22 enunciados y para evaluar los factores asociados se utilizó una encuesta auto administrada para lo cual se elaboró un cuestionario estructurado. Resultados: La población en estudio fue 116 trabajadores de salud de la Red de Salud Leoncio Prado; de los cuales fueron 56 trabajadores asistenciales y 56 trabajadores administrativos, 59.5% fueron de sexo femenino, con una edad promedio de 36.3 años y 43.1% tenía entre 33 a 45 años de edad. El 17.2% de la población presentan

grado de afectación alta del Síndrome de Burnout en dimensión de cansancio emocional, de los cuales el 12.1% corresponde a los trabajadores asistenciales, en tanto que 66.4% tiene grado de afectación baja en esta dimensión. El 25% de la población en estudio presentan grado de afectación alta del síndrome de burnout en dimensión de despersonalización, 26.7% grado de afectación moderado y 48.3% grado de afectación baja. El 50% de la población tiene alta realización personal 20.7% moderada realización personal y 19.3% baja realización personal. Se encontró asociación estadística significativas entre el síndrome de Burnout y los siguientes factores realizar labor administrativo (p 0.035), horas de esparcimiento y recreación semanal menor a 6 horas (p 0.018), 6 débil motivación laboral (p 0.0208), escaso ascenso y promoción laboral (p 0.075), también se encuentra asociación estadística entre síndrome de burnout y funciones que realiza no están acorde con la formación profesional (p 0.055) y las funciones que desempeña no está clara y definidas (p 0.054) Conclusiones: El síndrome burnout es una enfermedad de riesgo laboral prevalente en los trabajadores de la Red de Salud Leoncio Prado, que afecta a 4 de cada 10 trabajadores en diferentes grados de afectación, la débil operativización de políticas de los recursos humanos y clima organizacional inadecuado favorece su desarrollo y agudización.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría que sustenta

Son numerosos los modelos que intentar teorizar sobre la base conceptual del Burnout, intentando definir las variables que influyen en la aparición de este síndrome y en su mantenimiento. Consideraremos los modelos teóricos del estrés laboral, los modelos teóricos del intercambio social y los modelos basados en la teoría organizacional.

a) Modelos teóricos del estrés laboral.

Los modelos teóricos del estrés laboral consideran que muchas experiencias en el trabajo diario son vividas como estresores y están

acompañadas por las consiguientes reacciones crónicas de distrés que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermedad. Según el modelo demanda-control de Karasek, Theorell⁴⁸, la idea básica del modelo demanda-control es que la demanda o exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones definidas del contenido laboral: a) La dimensión de la cantidad y el tipo de la demanda, y b) la dimensión del control sobre las tareas que se realizan en el marco de la división del trabajo. Esta concepción bidimensional fue ampliada en una tercera, la dimensión del apoyo social en el puesto de trabajo. A partir de aquí, se entiende que un significativo nivel de estrés fisiológico ocurre en puestos de trabajo que presentan tanto una demanda cuantitativa elevada, un margen de decisión limitado y una escasez de apoyo social en el trabajo. Siguiendo a Karasek, el modelo demanda-control no representa sólo un concepto analítico de identificación de un alto nivel de estrés laboral en determinados puestos de trabajo, sino que ayuda también a la orientación de los servicios empresariales de fomento de la salud para la optimización de las medidas organizativas del trabajo.

El modelo de crisis de gratificación en el trabajo de Siegrist⁴⁹ considera que se conceden gratificaciones como intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones toman la forma de tres elementos socialmente aceptados: a) Salario o ingresos, b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción laboral y seguridad en el empleo. Según este modelo, se espera identificar las reacciones estresantes más agudas en el trabajo; es decir, las situaciones que se caracterizan por un alto “coste/esfuerzo” y un bajo “beneficio/recompensa”. Quien carece de alternativas laborales o quien, por razones estratégicas, mantiene una situación laboral desfavorable durante un determinado período, está expuesto a elevados niveles de estrés laboral, que afecta especialmente a personas con una determinada disposición al desgaste o agotamiento en el trabajo. Siegrist, en este modelo combina la información contextual o descriptiva de la estructura de la recompensa y de las características del trabajo con información subjetiva y evaluativa de los rasgos y estados

individuales de superación del estrés, los llamados coping o recursos de afrontamiento. Contrariamente al modelo demanda-control, la predicción de los efectos sobre la salud en el modelo de crisis de gratificación depende de la combinación de efectos contextuales y subjetivos.

Por último, el modelo de la Escuela de Michigan sustentado por French y Khan⁵⁰; los cuales se publicaron en un libro sobre estrés organizacional que puso de manifiesto de qué modo los tipos de problemas relacionados con el rol de los empleados podía conducir al estrés. Los conceptos que fueron introducidos en este libro, particularmente la ambigüedad y los diferentes tipos de conflictos de rol, han tenido una profunda influencia en la investigación sobre estrés ocupacional. La investigación desarrollada en este período estaba particularmente interesada por los potenciales factores de riesgo para la experiencia de estrés, tales como la alta presión en el trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol entre otros.

b) Modelos basados en las teorías del intercambio social.

Los modelos basados en las teorías del intercambio social consideran principalmente los principios de la teoría de la equidad del modelo de comparación social de Bunk, Schaufeli⁵¹ o de la teoría de la conservación de recursos del modelo de Hobfoll, Freedy⁵² proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Si de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Modelos basados en la teoría organizacional.

Los modelos basados en la teoría organizacional incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Según

Gil-Monte y Peiró⁵³ son modelos que se caracterizan, porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Pertenecerían a este grupo el modelo de Golembiewski, Munzenrider, Carter⁵⁴ que destaca las disfunciones de los procesos de rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome; el modelo de Cox, Kuk, Leiter⁵⁵, destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst⁵⁶ enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional, en relación con el modelo de Mintzberg⁵⁷ que hace especial mención a la cultura empresarial.

2.2.2. Breve referencia histórica

El Síndrome de Burnout corresponde a un cuadro psicosocial descrito en los años 70 por Fredeunberger, que adquiere mayor importancia posterior a raíz de los estudios de Maslach y Jackson³⁹. Este fenómeno consiste en un síndrome psicosocial que suele presentarse en sujetos que se encuentran en una relación de ayuda directa y constante con personas en situaciones límites emocionales y de otro orden y de carácter persistente, que se asocia a sobrecarga emocional repetida sobre el personal que, asociada a un intenso involucramiento de este, se desarrolla el síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal; esto genera síntomas físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal, afectando negativamente el rendimiento y la calidad del servicio del profesional.⁴⁰

En los últimos años ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. La fatiga o frustración se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo.

Cherniss⁴² en 1980, fue el primero en proponer que el Burnout surge en un desarrollo continuo y constante, identificándolo como un proceso en el que las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

2.2.3. Marco conceptual y aspectos teóricos referidos a las variables.

2.2.3.1. Síndrome de Burnout.

No existe una definición unánime aceptada sobre el síndrome de Burnout, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización. En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personal. La diferencia estriba en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

Para otros autores el Burnout se refiere a un proceso en el que los profesionales están desengañados de su trabajo, en respuesta a experiencias de estrés y tensión en el mismo. Los problemas que pueden ser solventados no llevan al Burnout, de hecho, el estrés controlado puede tener efectos positivos, estimulando al individuo a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante y en competencia profesional. Precisamente, el Burnout comenzaría cuando el individuo se siente más indefenso para cambiar la situación.

2.2.3.2. Dimensiones del síndrome de Burnout.

El Burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como agotamiento emocional, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

- **Despersonalización**, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (v. g.: Al paciente le estaría bien merecida la enfermedad).
- **Falta de realización personal en el trabajo**, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de Burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos.

2.2.3.3. Instrumentos de medición del síndrome de Burnout.

La importancia de la medición en cualquier esquema es necesaria, ya que esta indica de manera cuantitativa su comportamiento. También las mediciones se consiguen información para tomar decisiones.

Para la revisión de los diferentes instrumentos de medición que han efectuado los autores Garcés de los Fayos, López Soler y García Montalvo⁴³, se han centrado en trabajos que aportan datos esclarecedores sobre las distintas propiedades psicométricas de los mismos: fiabilidad, validez o análisis factoriales y principalmente.

Tabla N° 1 En la tabla 1 se muestra los instrumentos de medida de Burnout. Mismos que se analizarán a continuación:

Instrumento de medición	Autores
Staff Burnout Sacale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Guillespie (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Bunout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos psicicos del Burnout	Garcíalzquierdo (1990)
Escala de variables predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de burnout del profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Micahel (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Èrba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

En la tabla 1 se muestra los instrumentos de medida de Burnout. Mismos que se analizarán a continuación:

2.2.3.4. Disfunciones emocionales.

Las disfunciones hacen referencia a la mala función, o función irregular, perturbación del funcionamiento en este caso de los aspectos cognitivos o emocionales. En conjunto comprenden a las alteraciones

como son el estrés, la depresión, la ansiedad y las actitudes disfuncionales, los cuales detallaremos a continuación:

2.2.3.5. Estrés.

Melgosa⁴⁴ mencionó que el estrés deriva del griego STRINGERE, que significa provocar tensión, esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como STRESS, STRESSE, STREST y STRAISSE para referirse al estrés.

En la actualidad el término estrés, es una adaptación al castellano de la voz inglesa stress, que proviene de la física y la arquitectura los cuales hacen referencia a la fuerza que aplicado a un objeto puede deformarlo o romperlo.

El estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción⁴⁵.

2.2.3.6. Depresión.

Villagrán⁴⁶ plantea que la depresión es un trastorno conocido desde tiempos remotos, si bien se le ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc. Lo cierto, es que su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido han estado siempre unidos a la condición humana. Coloquialmente se utiliza este término como sinónimo de tristeza, pero en numerosas ocasiones esta tristeza se experimenta en situaciones cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido a un estado de ánimo anormal o patológico. Los sujetos depresivos describen su tristeza como una cualidad especial que resulta difícil explicar, de carácter impreciso.

Asimismo, Friedman y Thase⁴⁷ manifiestan que la depresión se ha definido como un estado de actividad psicofísica baja y desagradable, como una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza. La depresión es el desorden emocional más frecuente en nuestra sociedad.

2.2.3.7. Ansiedad.

La ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado.

2.2.3.8. Actitudes disfuncionales.

Las actitudes disfuncionales tendrían un papel preponderante en los trastornos depresivos y en muchos casos de ansiedad.

2.3. Definición operacional de palabras clave.

Disfunciones emocionales. Son alteraciones emocionales que se presenta en las personas. Se expresan en un conjunto de trastornos: el estrés laboral, depresión y ansiedad caracterizando su ocurrencia en los niveles: alto/grave, moderado y bajo/leve.

Depresión. Conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre las relaciones interpersonales que establece un sujeto.

Ansiedad. Síndrome aprehensión, malestar o desasosiego que experimenta un sujeto al anticipar un peligro de origen desconocido.

Estrés. Síndrome general de adaptación y que se desencadena ante un agente estresor o cualquier estímulo que se perciba como amenaza del homeóstasis del organismo.

Burnout. Quemarse por el trabajo, es un estrés excesivo ocasionado por la sobrecarga laboral. Su medición es en alto/grave, moderada y bajo/leve.

2.4. Hipótesis

Hipótesis de la investigación.

Ho: El programa cognitivo conductual no tiene efecto en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco.

Hi: El programa cognitivo conductual tiene efecto en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco.

Ha: Los profesionales de enfermería del grupo experimental que recibe el programa cognitivo conductual experimentaran diferentes niveles de Burnout y de disfunciones emocionales, respecto al grupo control que no reciben el programa de intervención cognitivo conductual

2.5. Variables.

2.5.1. Variable dependiente.

Burnout y disfunciones emocionales.

Estrés laboral.

Ansiedad rasgo.

Depresión.

Actitud psicológica disfuncional.

2.5.2. Variable independiente.

Programa cognitivo conductual.

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Indicador	Escala de Medición	Fuente
Variable Dependiente: Burnout y disfunciones emocionales	Estrés excesivo ocasionado por la sobrecarga laboral.	Nivel de Burnout	Cuantitativa	Alto = percentil 75 Medio= 25-74 Bajo= 25 ó<	Intervalo	Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Anexo 02)
	Creencias tácitas y reglas vitales estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, de carácter rígido y poco realista, que impregnan y condicionan la construcción sesgada de la realidad.	Actitudes disfuncionales	Cuantitativa	Debilidad psicológica= ≤87 Fortaleza psicológica= 88 - 175	Intervalo	Escala de actitudes disfuncionales. (Anexo 03)

	Síndrome general de adaptación y que se desencadena ante un agente estresor o cualquier estímulo que se perciba como amenaza de la homeóstasis del organismo.	Nivel de estrés laboral	Cuantitativa	Elevado estrés laboral= 92-61 Moderado estrés laboral = 60-29 Bajo estrés laboral= 28 a <	Intervalo	Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek (Anexo 04)
	Conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre las relaciones interpersonales que establece el profesional de enfermería.	Nivel de depresión	Cuantitativa	>30=Grave 24-29=Moderado 18-23 =Clínica 11-17=Leve <11=No depresión	Intervalo	Inventario de Beck para la Depresión (Anexo 05)
	Síndrome aprehensión, malestar o desasosiego que experimenta el profesional de enfermería al anticipar un peligro de origen desconocido	Nivel de ansiedad	Cuantitativa	>50=Grave 38-49= moderada 26-37= leve 25 a <=no ansiedad	Intervalo	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Anexo 06)
Variable Independiente.	Estrategias de intervención que han sido publicadas y fundamentadas	Resultado	Cualitativa	Si No	Nominal dicotómica	Aplicación del Programa

Programa cognitivo conductual.	teóricamente y que surgieron con el fin de controlar el estrés, prevenir el Burnout, mejorar las habilidades de comunicación y las habilidades sociales.					
Variable de caracterización	Cantidad de años, meses y días cumplidos hasta la fecha	Edad	Cuantitativa	En años	Intervalo	Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales de los profesionales de enfermería (Anexo 01)
	Género al que pertenece el profesional de enfermería.	Género Biológico	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal dicotómica	
	Convivencia con pareja o no según declaración del propio profesional de enfermería.	Estado Civil	Cualitativa	Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separada/o Conviviente Viuda/o	Nominal politómica	
	Nivel de instrucción o escolaridad del profesional de enfermería.	Nivel de estudio	cualitativa	Licenciada Especialista Magister Doctor/a	Nominal politómica	
	Lugar donde desempeña sus funciones asistenciales el profesional de enfermería.	Servicio	cualitativa	Medicina Cirugía Emergencia Pediatria Neonatología Centro quirúrgico UCI Unidad renal	Nominal politómica	

				Estrategias sanitarias	
Situación en que se encuentra el profesional de enfermería en relación a su vínculo laboral.	Condición laboral	cualitativa		Contratada Nombrada	Nominal dicotómica
Cantidad de años, meses y días cumplidos laborando en el Servicio Hospitalario.	Años de servicio	Cuantitativa		1-3 años 4-6 años 7-9 años 10 años a más	Intervalo
Contraprestación que percibe el profesional de enfermería como consecuencia del contrato de trabajo.	Tipo de remuneración	cualitativa		SNP PPR Planilla	Nominal politémica
Actividades que desempeña el profesional de salud en el ámbito hospitalario.	Función que desempeña	cualitativa		Asistencial Administrativa Ambas	Nominal politémica
Cantidad de pacientes que habitualmente atiende en el servicio hospitalario.	Número de pacientes que atiende por turno en promedio	Cuantitativa		< 10 11 a 20 21 a 30 31 >	Intervalo
Turno de rotación en el servicio hospitalario del profesional de enfermería.	Tipo de turno en que labora	cualitativa		Turno mañana Turno rotatorio	Nominal Dicotómica

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Enfoque

Este estudio es cuantitativo porque nos permitió la estimación de la estadística.

3.1.2. Alcance o nivel

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue de tipo cuantitativo experimental con dos grupos: experimental y control de intervención antes y después.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo prospectivo; porque se registró la información a partir de la fecha en que se inició la investigación.

Según el período y secuencia del estudio; el estudio fue longitudinal; porque se estudiaron las variables en varios períodos de tiempo.

3.1.3. Diseño

El diseño de investigación fue el de tipo Experimental con prueba antes y después con dos grupos, como se muestra a continuación.

Diagrama:

GRUPO	INTERVENCION	DESPUÉS
G _E	O1 I	O3 O5 O7
G _C	O2 -	O4 O6 O8

Dónde:

G_E : Grupo experimental.

G_c : Grupo control.

I : Intervención (programa cognitivo conductual)

- : Sin intervención (cuidados habituales)

O1 y O2: Observación basal, antes de la intervención

O3 y O4: Observación pre terapia.

O5 y O6: Observación pos terapia, a los 2 meses

O7 y O8: Observación pos terapia, a los 4 meses

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Estuvo constituida por todos los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. Que suman en número 61: de acuerdo al registro de la Oficina de personal.

Características de la Población.

Para el **grupo experimental**, se incluyó en el estudio, a los profesionales de enfermería:

- Que cuenten con 2 años de experiencia dedicados a la función asistencial y/o administrativa como mínimo.
- Con nivel de Burnout superior a la media de la población.
- Con disposición de participar en el estudio y comprometidos asistir a las sesiones, (los que acepten el consentimiento informado).

- Con algún apoyo social (familiar, amigos, personal de salud, etc.)
- Profesionales nombrados y contratados.

Para el **grupo control**, se incluyó en el estudio, a los profesionales de enfermería:

- Con 2 años de experiencia mínima dedicados a la función asistencial y/o administrativa.
- Con nivel de Burnout superior a la media de la población.
- Con disposición de participar en el estudio y comprometidos a participar de las sesiones, (los que acepten el consentimiento informado).

Criterios de exclusión para los casos y controles: Se excluyeron del estudio, a los profesionales de enfermería que:

- Que se encuentren en tratamiento por patología psiquiátrica aguda o crónica.
- Con imposibilidad física para asistir a las sesiones programadas.
- Convalecientes pos tratamiento clínico-quirúrgico.
- Con alguna sanción administrativa durante el momento del estudio.
- Profesionales que no aceptaron participar en el estudio ni asistir a las sesiones, (rechacen el consentimiento informado verbal).

3.2.2. Muestra.

- **Unidad de análisis:** Fue cada profesional de enfermería.
- **Unidad de muestreo:** La unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.

- **Marco muestral:** Fue la relación o listado oficial de los profesionales de enfermería del Hospital regional Hermilio Valdizán, que fue construida en una hoja de cálculo del programa Excel.
- **Tamaño muestral:** El cálculo de la muestra se hizo mediante la fórmula de comparación de dos proporciones con poblacionales para calcular el tamaño de la muestra (n):

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$z\alpha = 1,96$ para un valor nivel error $\alpha = 0,05$ (5%)

$z\beta = 0,80$ para un valor nivel error $\beta = 0,20$ (20%)

$p_1 = 85\%$ de eficacia del programa cognitivo conductual.

$q_1 = 15,0\%$ ($1-p_1$)

$p_2 = 60\%$ de eficacia de los cuidados habituales.

$q_2 = 40\%$ ($1-p_2$)

La solución del cálculo del tamaño muestral, se realizó por medio del cálculo automático en el programa Excel encontrando lo siguiente:

Trabajar con 42 profesionales de enfermería, de las cuales 21 para el grupo experimental y la misma cantidad para el grupo control.

Tipo de muestreo: Se utilizó el muestreo probabilístico tipo aleatorio simple⁵⁸, con el procedimiento de asignación de sujetos a tratamientos.

d) Delimitación geográfico-temporal y temática.

Ubicación en el espacio. El estudio se llevó a cabo en el auditorio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, sito en el Jr. Hermilio Valdizán 950

Ubicación en el tiempo. La duración del estudio fue durante el período de marzo hasta diciembre del 2019.

3.3. Técnicas e instrumentos

a) Plan de actividades

PLAN DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DEL BURNOUT Y LAS DISFUNCIONES EMOCIONALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Las sesiones se organizarán según el siguiente esquema:

Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control del estrés.

Sesiones	1 Evaluación Presentación	2 Estrés general y Síndrome Burnout	3 Estrés Afrontamiento	4 Confianza. Relajación Apoyo social
Revisión de tareas de casa		Revisar y comentar una dinámica.	Gráfica de estrés Práctica de relajación y Ensayo en respiración. Revisar-comentar	¿Se ha practicado la relajación? Revisar y comentar “dinámica”
Sección didáctica	Cronograma Objetivos – Recordar normas de funcionamiento. – Explicar las bases del tratamiento	El estrés: definición, tipos, características consecuencias. Introducción al Burnout.	Estrategias de afrontamiento generales. Afrontamiento del Burnout. Relajación progresiva de Jacobson.	Tipos de relajación: progresiva muscular, autógena de Schultz, control de la respiración, visualización.
Sección de introducción y práctica de estrategias	Lluvia de ideas: “¿Qué persigo, deseo o quiero asistiendo a las sesiones?”	Lluvia de ideas: “Siento estrés cuando...”	Ensayo en relajación progresiva de Jacobson modificada “Dinámica”.	Lluvia de ideas: feedback + Virtud propia+ ¿Qué te gusta de? Ejercicio de

	Palabra rápida ¿Qué aporta cada uno al curso? Dinámica.	Acu presión y técnicas de respiración (5/7; diafragmática, yoga).	Leer cuento "Espacio, espacio".	visualización y de relajación autógena. Práctica con método rápido de relajación.
Sección de asignación de tareas	Llevar a casa el "agujero negro" y seguir apuntando hasta la siguiente sesión.	Gráfica "Reconocer situaciones de estrés". • Entregar fotocopias de relajación para práctica.	Practicar relajación muscular progresiva. • Seguir escribiendo en "Eres una princesa" • Entregar Dossier de Estrés.	• Practicar relajación en casa.

Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes.

Sesiones	5 Actitudes en la relación de ayuda	6 Actitudes en la autoayuda y cambio	7 Comunicación: Generalidades Objetivos	8 Comunicación: Conducta verbal y no verbal	9 Afectividad
Revisión de tareas de casa.	¿Se ha practicado la relajación?	¿Se ha leído el cuento del QUESO?	Revisar y comentar "Aguilucho".	Cierra y abre	Evaluación de procesos y problemas comunicativos.
Sección didáctica	Actitud en la relación Patrones de conducta + y -, inteligencia adaptativa Actitudes básicas de los profesionales sanitarios.	Competencia emocional. Actitud en la autoayuda. Actitud para el Cambio.	Objetivos. Reglas de oro. Inhibidores: Lista cierra ostras. Facilitadores Lista abre ostras.	Conducta verbal Conducta no verbal. El mundo de los gestos. Errores. Axiomas. Manejo usuarios Comunicación terapéutica	Definición Entrenamiento Asertivo. Escala. Lenguaje corporal. Estrategias asertivas. Estrategias para bloquear.
Sección de introducción y práctica de estrategias	Relajación rápida. Dinámica de confianza. Fábula de la	Fábula del <i>aguilucho</i> .	Rol-playing sobre intervención en crisis +	Dinámicas de comunicación	¿En qué situaciones le gustaría ser más asertivo? Casos prácticos con tres tarjetas

	<i>Ostra y el pez.</i> Dinámica ¿Eres ostra o pez?	Canción: “Color esperanza”	Evaluación del entrenamiento	Rol-playing: Igual que anterior, valorar cambios. Reconocer problemas de comunicación en el hospital ¿Cómo mejorar?	+ lenguaje corporal. Derechos asertivos básicos.
Sección de asignación de tareas	Reconocer ostras y peces. Lectura: <i>¿Quién se ha llevado mi queso?</i>	Revisión interior de posibilidades, “el aguilucho”. Entregar Dossier de actitudes.	Identificar y anotar cierra ostras y abre ostras.	Entregar Dossier de comunicación. Observar y anotar problemas comunicativos	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar Dossier de Asertividad • “Te saco una tarjeta”

Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de Recursos Cognitivos.

Sesiones	10 Autocontrol	11 Autoestima	12 Reestructuración Cognitiva Terapia Racional emotiva	13 Auto instrucciones Control del diálogo interno
Revisión de tareas de casa	¿Cuántas tarjetas has sacado? y ¿a quiénes? y ¿por qué? ¿Has sido asertivo?	Evaluar autorregistro de pérdida de control.	Lectura del diario “ <i>Con cariño te cuento mi vida</i> ”	Palabras claves. ¿Cuáles utilizas?
Sección didáctica	Etapas del autocontrol. Estrategias de autocontrol. Afrontamiento de la hostilidad. Técnicas de autocontrol.	¿Qué es Autoestima? ¿De qué depende? “Papá no me pegues” ¿Cómo es la baja y la alta Autoestima? ¿Cómo recuperarla?	Terapia racional Emotiva. Modelo A-B-C. Distorsión cognitiva. Ideas irracionales. El mundo de las preocupaciones	Distorsiones cognitivas, palabras claves y alternativas. Entrenamiento en auto instrucciones y en el control del diálogo interno.
Sección de introducción y	Fábula de <i>Ulises</i> . El autocontrol del	Termómetro de la autoestima (0 a 100)	Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento.	Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento.

práctica de estrategias	Surfista.	¿Qué te impide tener más autoestima? Rompe tus cadenas "Esto me gusta de ti" "Me siento satisfecho de Ser"	Canción "Sin miedo" de Rosanna. Gabriel G ^a Márquez (13 líneas)	Canción "Sin miedo" de Rosanna. Gabriel G ^a Márquez (13 líneas)
Sección de asignación de tareas	Autorregistro de pérdida de control emocional. Dossier autocontrol. Entregar: "cuentos	Escribir Diario: "Con cariño te cuento mi vida". Dossier autoestima.	Busca tus distorsiones cognitivas en forma de palabras claves.	Auto instrucciones positivas. Rechazo de ideas irracionales. Dossier reestructuración.

Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.

Sesiones	14 Solución de problemas Administración del tiempo	15 Motivación	16 Regulación de conflictos	17 Afrontamiento de conflictos y toma de decisiones
Revisión de tareas de casa	Tus auto instrucciones positivas + rechazo de ideas irracionales.	Organización (día-semana) Canción: "Un segundo en el camino".	A propósito de la motivación: motivadores y desmotivadores.	¿Has regulado o resuelto algún conflicto: personal o de otros?
Sección didáctica	Resumen final reestructuración cognitiva. Métodos de solución de problemas. Administración del tiempo.	Definición, origen y factores. Importancia de las metas. Grupo versus individuo. Valoración disposición a la intervención. Rendimiento grupal. Motivación y calidad.	El conflicto, tipos, estrategias. Mediadores de conflictos. Intervención en crisis.	Hostilidad. Crisis emocionales. Toma de decisiones. Aprendiendo a tomar decisiones.

Sección de introducción y práctica de estrategias	Vivamos de Pablo Neruda. Dinámicas de solución de problemas individual y grupal. Canción "Si pongo corazón". Canción "La senda del tiempo".	No hay nada que más motive que una sonrisa. Canción "Sonríe", "Regálame una sonrisa". Dinámicas para Sonreír.	Rima de Bécquer "Asamblea en la carpintería". Tú no eres una isla ¿Qué necesitan los demás de ti? Máquina de escribir, trabajo en equipo. Percepciones: fotografía y distorsión, datos o falta de Información.	Dinámicas de cambio de paradigma: "El tarro de tu vida: piedras, garbanzos, arroz y agua".
Sección de asignación de tareas	Organízate un día y una semana. Entregar Dossier de solución de problemas y administración del tiempo. Entregar texto de la canción "Un segundo en el camino".	¿Qué me desmotiva? ¿Quién o quiénes me desmotivan? Entregar Dossier de motivación.	Ahora es el momento: ve, contacta, regula, escríbelo y refuézate. Se entrega Dossier de regulación de conflictos.	¿Cuáles son tus piedras, garbanzos, arroz y agua?

Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales.

Sesiones	18 Entrenando Habilidades sociales I	19 Entrenando Habilidades sociales II	20 Entrenando Habilidades sociales III y fin
Revisión de tareas de casa	¿Piedras, garbanzos, arroz y agua?	¿Has sido recompensante?	¿En qué he mejorado? ¿Qué me falta por mejorar?
Sección didáctica	HHSS ¿Qué es? ¿Por qué no somos habilidosos? Cómo mejorar menú de habilidades.	Menú Habilidades II. Aprendiendo a ser tú misma. Vence la timidez: confía en ti.	<ul style="list-style-type: none"> • El arte de informar • Procedimientos ofensivos y defensivos. • Petición de cambios. • El arte de decir NO + reflexiones en cuentos. • Signos de autoestima elevada.

			<ul style="list-style-type: none"> • Transformación eficaz. Vivir el presente.
Sección de introducción y práctica de estrategias	<p>Rol playing ¿mejoras?</p> <p>La comunicación descompuesta.</p> <p>Elementos de inducción de autoestima.</p> <p>Canción "Hoy puede ser un gran día".</p>	<p>Canción: "Bonito" y nada tan bonito como la amistad".</p> <p>La amistad.</p> <p>Lección sabia del rey león "Timón y Pumba".</p> <p>Nos vamos de vacaciones.</p>	<p>¿Qué has notado en tus compañeros?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción: "La vida sigue igual". • "Una de sapitos" • "El tren de la vida"
Sección de asignación de tareas	<p>Ser recompensante investigando resultados valiosos. (Practica en tu vida y cuéntanos).</p>	<p>"He mejorado en..."</p> <p>Entregar dossier de inteligencia emocional.</p>	<p>Entregar CD: "Canciones para escuchar con el corazón".</p> <p>Entregar Dossier de HHSS.</p>

b) Para recolección de datos

Métodos y técnicas de recolección de datos. Entre los instrumentos que fueron empleados en el estudio tenemos:

- **Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales de los profesionales de Enfermería (Anexo 01):** Este instrumento consta de 10 preguntas clasificadas en dos dimensiones: aspectos sociodemográficos (edad, sexo y estado civil) y aspectos laborales (nivel de estudio, servicio al que pertenece, condición laboral, tiempo de servicio, tipo de remuneración, función que desempeña en la actualidad, número de pacientes que atiende diariamente y el turno en que labora el profesional de enfermería).
- **Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Anexo 02):** El MBI está diseñado para medir Burnout en profesionales de servicio asistencial y actualmente es el indicador de Burnout más usado en estudios con individuos que se dedican al trabajo con personas. El Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1981)⁵⁹, adaptado al castellano por Ferrando y Pérez (1996). Este inventario contiene 22 preguntas formuladas de manera afirmativa sobre los sentimientos personales y actitudes en el trabajo y hacia las personas que tiene que atender. A su vez este instrumento recoge tres dimensiones del síndrome de Burnout: Agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal respecto a las tareas realizadas en el trabajo.
 - Agotamiento o cansancio emocional. Mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces.
 - Despersonalización. Evalúa respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la

autoestima e incapacidad de enfrentar de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia.

- Reducido logro personal: Evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión lo cual confiere al trabajador una sensación creciendo de incompetencia.

Para las respuestas se tuvo en cuenta los parámetros: Nunca, pocas veces al año o menos, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, pocas veces a la semana, todos los días.

Para la medición final se considerará:

Alto = percentil 75

Medio= 25-74

Bajo= 25 ó <

- **Escala de actitudes disfuncionales** (Anexo 03): Este cuestionario es especialmente recomendable para el diagnóstico y prevención de los cuadros clínicos depresivos, ya que incluye una serie de pensamientos distorsionados, de creencias y de estereotipos referentes a la escala de valores que rige el auto concepto de las personas: una necesidad de aprobación, de amor o de utilidad desproporcionadas, un afán de perfeccionismo. La voluntad de ejercer un derecho sobre el prójimo, la omnipotencia o un concepto de la autonomía personal irreal hacen del individuo un ser vulnerable, presa fácil de la depresión ya que su actitud ante la vida y sus circunstancias es totalmente disfuncional. Esta escala está compuesta por 35 actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en una escala de Likert de 5 puntos, clasificadas en 7 dimensiones (aprobación, amor, logro, perfeccionismo, derechos omnipotencia y autonomía).

Para la valoración de las respuestas se tendrá en cuenta lo siguiente: 1. Completamente de acuerdo; 2. Moderadamente de acuerdo; 3. Dudoso; 4. Moderadamente en desacuerdo; 5. Totalmente en desacuerdo

La medición de las actitudes disfuncionales será:

Debilidad psicológica = 87 ≤

Fortaleza psicológica = 175-88

- **Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek** (Anexo 04): El modelo de Karasek⁶⁰ es adecuado para el estudio del estrés laboral y constituirá una herramienta de trabajo importante para medir el estrés laboral. Este instrumento consta de 23 ítems clasificados en 4 dimensiones: Control del trabajo, demanda de habilidades, demanda de trabajo y apoyo social. Para las respuestas se tendrá en cuenta: 1. Muy frecuentemente; 2. Frecuentemente; 3. Casi nunca, 4. Nunca.

Para la medición final será:

Elevado estrés laboral= 92-61

Moderado estrés laboral = 60-29

Bajo estrés laboral= 28 a <

- **Inventario de depresión de Beck** (Anexo 05): Escala tipo Likert creado por Beck, Mendelson, Mock⁶¹ en 1961 y traducido al español por Vázquez y Sanz en 1997. Inventario que será aplicado a los profesionales de enfermería con el objetivo de evaluar el nivel de depresión. Se trata de un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems que se valorará en una escala de 4 puntos (ausente, leve, moderada o grave) la severidad de diversos síntomas o componentes cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión. Los síntomas harán referencia a la última semana y al momento actual.

La medición final se realizará de la siguiente manera:

>30 Depresión grave

24-29	Depresión moderado
18-23	Depresión clínica
11-17	Depresión leve
<11	No depresión

- **Inventario de ansiedad (Anexo 06):** Es una escala tipo Likert creado por Spielberg, Gorsuch, Lushene⁶² que cuenta con un inventario que distingue dos tipos de ansiedad, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, el cual estará compuesto de 20 ítems y la puntuación oscilará de 0 a 100.

Para la valoración de las respuestas se utilizará la siguiente escala de valoración: 1. Nunca; 2. Casi nunca; 3. A veces; 4. A menudo; 5. Casi siempre.

La medición final se realizará de la siguiente manera:

>50	Ansiedad grave
38-49	Ansiedad moderada
26-37	Ansiedad leve
25 a <	No ansiedad

c) Validez de los instrumentos.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos; con el fin de determinar hasta dónde los ítems de los instrumentos son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir.

Para lo cual se procedió a realizar la validación cualitativa de los instrumentos de recolección de datos a través de los siguientes procedimientos: validez racional, validez por jueces expertos y la determinación de la confiabilidad se realizó un pre-piloto para someter todos los instrumentos a prueba en nuestro contexto e identificar

principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña pre-prueba se realizó en una población homologa a nuestra prueba de estudio, empleándose el coeficiente de confiabilidad .

Siendo los resultados los siguientes:

Tabla N° 2 Concordancia de las respuestas de los jueces

ÍTEMS	Valoración de jueces						Prueba binomial (valor p)
	1	2	3	4	5	6	
1	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
2	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
3	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
4	Sí	sí	sí	no	sí	sí	0,119
5	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
6	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
7	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
8	Sí	sí	sí	no	sí	sí	0,119
9	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
10	Sí	sí	sí	sí	sí	sí	0,031
	TOTAL						0,400
	Significancia de la concordancia (valor p)						0,040

Se consideró:

0 = Sí la respuesta es negativa.

1 = Sí la respuesta es positiva.

Considerando que existe concordancia significativa cuando el valor “p” es menor que 0,05; el instrumento fue válido, según el juicio de expertos, ya que la concordancia del instrumento en estudio alcanzó un valor $p = 0,040$.

Al final todos los expertos consideraron pertinente aplicar nuestros instrumentos de investigación.

d) Confiabilidad de los instrumentos

Asimismo, se aplicaron los instrumentos de recolección de datos a una muestra piloto compuesta por los primeros 10 profesionales de

enfermería del hospital salud Huánuco, los cuales no participan como muestra definitiva, para no sesgar los resultados y efectuar la fiabilidad, según el estadístico de correlación correspondiente.

e) Procedimientos de recolección de datos.

Documentos. Para obtener la información de la presente investigación se realizó la documentación respectiva con el Director del Hospital Regional Hermilio Valdizán y del mismo modo con la Jefatura de Enfermería, a quienes se les proporcionó el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información, todo ello a fin de obtener las facilidades y los permisos respectivos para la aplicación de nuestros instrumentos.

En cuanto a la muestra en estudio (profesionales de enfermería), el primer contacto fue al iniciar la selección de las mismas como participantes, lo cual se realizó a través de dos vías: visita a los diferentes servicios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Si no se les ubicó en el servicio hospitalario se efectuó una visita domiciliaria previo consentimiento. Durante este primer contacto se aprovechó para darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como:

Consentimiento informado. A través del cual los profesionales de enfermería fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto de investigación en el que van a ser incluidos. Una vez leído este documento, los profesionales firmaron, así como el investigador y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven y el investigador se quedó con una copia para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso. (Anexo 07). En donde quedó establecido en un Compromiso de confidencialidad y protección de datos (Anexo 08), en donde nos comprometimos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán. La ley del secreto profesional y de protección de

datos considerará al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

- Asimismo, en este primer contacto con los profesionales de enfermería se obtuvo sus datos socio demográficos a través de una entrevista rápida y la aplicación de la escala para medir el nivel de Burnout y seleccionar a los profesionales de enfermería que formaron parte del estudio tanto del grupo experimental y control.
- El segundo contacto fue a través de una invitación individual a los profesionales de enfermería que previamente ya aceptaron participar en el estudio y se les entregó cada invitación en sus respectivos servicios, en cuya invitación se incluyeron los días, las horas y el lugar de las sesiones que se llevaron a cabo.
- Los contactos siguientes fueron en cada sesión ya programada.

Procedimientos durante las sesiones del programa de intervención cognitivo conductual en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales.

- La terapia que se aplicó a los profesionales del grupo experimental fue: la instrucción de tipo cognitivo-conductual que tiene el objetivo general de minimizar los estímulos generadores de Burnout que percibe el sujeto y disminuir la respuesta fisiológica y emocional que se deriva de ellos.
- La sesión se llevó a cabo en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, consistente en 6 sesiones (una por quincena) de una hora y media de duración cada una.
- Se llevó a cabo en grupos pequeños de diez personas en un espacio tranquilo y habilitado del hospital ya mencionado. Dichas sesiones

fueron realizadas por un profesional capacitado en el tema (Psicólogo/a).

- Para cada una de las sesiones se dispuso de un contenido y objetivos específicos.
- Los primeros quince minutos de cada sesión se destinaron a recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en relación con él a lo largo de la semana.

A continuación, el psicólogo organizacional expuso de forma breve y didáctica el tema central de la sesión correspondiente a esa semana.

- En todas las sesiones se dotó a los profesionales de enfermería material escrito con el tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte más teórica y para que puedan releerlo en sus domicilios.
- Para facilitar la comprensión de los temas de las sesiones y amenizarlas, se prepararon presentaciones con diapositivas en Power Point.
- Dentro del material existieron “Hojas de autorregistro”, en las que cada profesional de enfermería anotó a lo largo de la semana los aspectos que se solicitó en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, situaciones en las que se ven expuesto a estímulos estresantes, respuestas, etc. Se les dio a conocer que este trabajo encargado entre sesiones es muy importante, ya que permitirá el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas. El profesional de enfermería asumió así un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud.
- Cada semana, el terapeuta se encargó de recogerlos y analizar. De este modo, se obtuvo información adicional de cada uno de los sujetos del estudio.

f) Análisis e Interpretación de datos.

- **Análisis descriptivo.** Se detalla las características de cada una de las variables, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso se trató de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible. Se Categorizó las variables dependientes (en ordinales politómica) sólo para el análisis descriptivo, ya que para el análisis inferencial se emplearon las escalas en su naturaleza primigenia.

- **Análisis inferencial.**

Los análisis estadísticos que se emplearon fueron los siguientes:

- En primer lugar, para comprobar las igualdades de las características basales de los profesionales de enfermería en estudio, se hizo uso del análisis de varianza (ANOVA).
- Luego para comprobar el efecto del programa de intervención cognitivo conductual sobre las variables descritas, se realizó un Análisis de Varianza Univariado, teniendo el primer factor intersujeto de dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, a los 2 meses y a los 4 meses). Finalmente, se realizaron Análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existiesen diferencias significativas variables intersujeto e intrasujeto.
- Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

g) Consideraciones éticas.

La investigación que se desarrolló no produjo ningún efecto contraproducente al bienestar de los sujetos de la muestra. Para fines de la investigación se consideraron los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y serán los siguientes:

- Beneficencia; se respetó este principio porque se buscó que los resultados del presente proyecto beneficien a cada uno de los participantes, para que puedan desarrollarse adecuadamente.
- No maleficencia; se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que la información obtenida fue de carácter confidencial.
- Autonomía, se respetó este principio, ya que se les explico que podían retirarse de la investigación en el momento que consideren pertinente.
- Justicia, este principio se respetó, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar a la participante en el estudio, pudiendo negarse si así lo considerara la participante.

El beneficio de la investigación se traducirá para el grupo experimental; sin embargo, para el grupo control el beneficio se otorgará al final de concluido el estudio, evitando de esta forma restarle ventaja al grupo control.

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos Grupo Experimento

Tabla N° 3 Características Sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Características socio-demográficas	f	%
Edad		
25-30	3	14,3
31-35	3	14,3
36-40	3	14,3
41-45	2	9,5
46-50	3	14,3
51-55	3	14,3
56-60	1	4,8
61-65	3	14,3
Genero		
Femenino	20	95,2
Masculino	1	4,8
Estado Civil		
Soltera/o	6	28,6
Casada/o	7	33,3
Divorciada/o	1	4,8
Separada/o	4	19,0
Conviviente	3	14,3
Viuda/o	0	0,0

Anexo 01: Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales

En la presente tabla se muestra los resultados de las características Sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, en donde se muestra que los predomios de las edades se encuentran en los rangos de 31 a 40 años, así como también de 46 a 44 años y finalmente de 61 a 65 años que representa para cada intervalo el 14,3%, por otro lado, el 95,2 % corresponde al género femenino, y el 33,3 % son casadas

Tabla N° 4 Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Características Laborales	f	%
Nivel de estudio		
Licenciada	9	42,9
Especialista	10	47,6
Magister	2	9,5
Doctor/a		
Servicio al que pertenece		
Medicina	6	28,6
Emergencia	4	19,0
Pediatría	1	4,8
Neonatología	10	47,6
Condición laboral		
Contratada	5	23,8
Nombrada	16	76,2
Años de servicio		
1-3 años	3	14,3
4-6 años	4	19,0
7-9 años	4	19,0
10 años a más	10	47,6
Tipo de remuneración		
RO	14	66,7
RDR	7	33,3
Función que actualmente desempeña		
Asistencial	17	81,0
Administrativa	3	14,3
Ambas	1	4,8
Número de pacientes que atiende por turno en promedio		
< 10	4	19,0
11a 20	14	66,7
21 a 30	3	14,3
Tipo de turno		
Turno mañana	3	14,3
Turno rotatorio	18	85,7

A Anexo 01: Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales

Respecto a las características laborales se encontró que 47,6 % son especialistas, el 47,6 % pertenece a Neonatología, 76,2 % son nombradas, 47,6 % tienen de 10 años a más, 66,7 % reciben remuneración por recursos ordinarios, 81,0 % desempeñan función asistencial, 66,7 % atienden en promedio por turno de 11 a 20 pacientes y el 85,7 % tienen turno rotatorio.

4.1.1. Pre Test

Tabla N° 5 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Niveles de Burnout	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización personal	
	F	%	f	%	f	%
ALTO	9	42,9	2	9,5	7	33,3
MEDIO	8	38,1	7	33,3	10	47,6
BAJO	4	19,0	12	57,1	4	19,0
Total	21	100,0	21	100,0	21	100,0

i Fuente: Anexo 02: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Al evaluarlos niveles de burnout, se encontró que la dimensión agotamiento emocional el 42,9 % presentó nivel alto, la dimensión despersonalizaciones 57,1 % presentó nivel bajo y en la dimensión realización personal el 47,6 % presentó nivel medio.

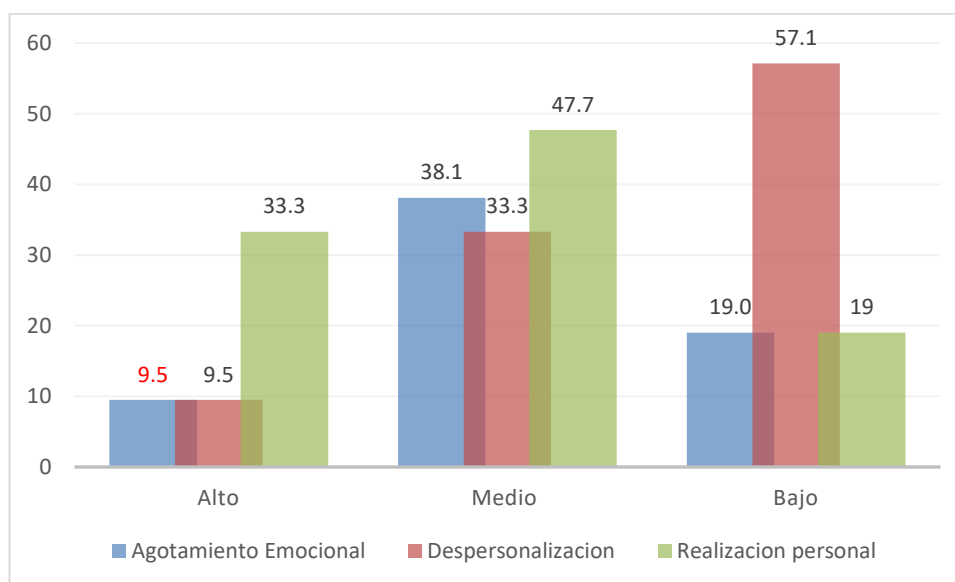


Gráfico N° 1 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 6 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Actitudes disfuncionales	Aprobación		Amor		Logro		Perfeccionismo		Derechos		Omnipotencia		Autonomía	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Debilidad psicológica	12	57,1	6	28,6	4	19,0	3	14,3	8	38,1	4	19,0	3	14,3
Fortaleza psicológica	9	42,9	15	71,4	17	81,0	18	85,7	13	61,9	17	81,0	18	85,7
Total	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0

Anexo 03: Escala de actitudes disfuncionales

Entre los resultados de la aplicación de la escala de actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería se encontró que en la dimensión aprobación el 57,1 % presentó debilidad psicológica, el 71,4 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión amor, el 81,0 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión logro, 85,7 % presenta fortaleza psicológica en la dimensión perfeccionismo, 61,9 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión derechos, el 81,0 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión Omnipotencia y el 85,7 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión autonomía.

Tabla N° 7 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel de estrés laboral	Control de trabajo		Demanda de Habilidades		Demandas de trabajo		Apoyo social	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Elevado estrés	4	19,0	6	28,6	5	23,8	3	14,3
Moderado estrés	10	47,6	12	57,1	12	57,1	15	71,4
Bajo estrés	7	33,3	3	14,3	4	19,0	3	14,3
total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Anexo 04 : Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek

Al evaluar El nivel de estrés laboral, se encontró que en la dimensión control de trabajo el 47,6 %, demanda de habilidades 57,1 %, demandas de trabajo y apoyo social 71,4 % los resultados mostraron moderado estrés.

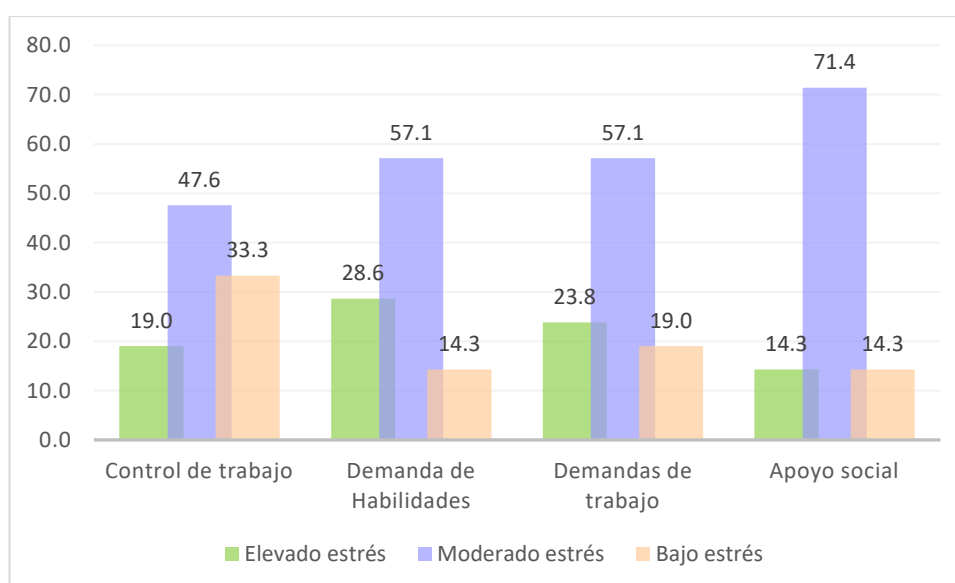


Gráfico N° 2 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 8 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Depresión		
	f	%
Grave	0	0,0
Moderado	1	4,8
Leve	2	9,5
Clínica	1	4,8
No depresión	17	81,0
Total	21	100.0

Anexo 05: Inventario de Beck para la depresión

Al evaluar El nivel de presión, se encontró que el 81,0 % fue para no depresión, 9,5 %, depresión leve, 4,8 % fue para depresión moderada y clínica y no se registró depresión grave.

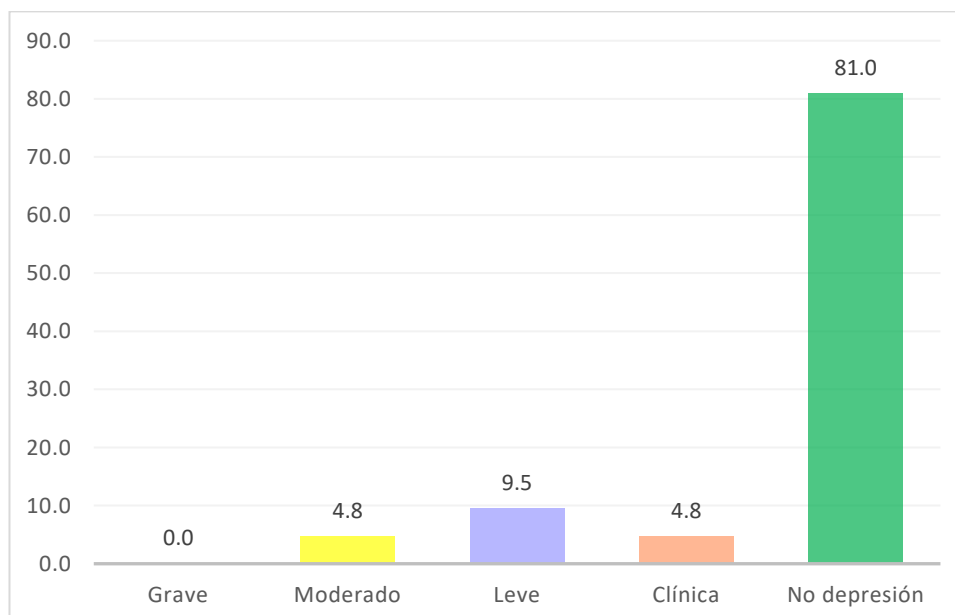


Gráfico N° 3 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 9 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Ansiedad Estado-Rasgo		
	f	%
Grave	18	85,7
Moderado	2	9,5
Leve	1	4,8
Total	21	100,0

Anexo 06: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Para el cuestionario de ansiedad estado rasgo en el pre test los valores presentados fueron, 85,7 % para grave, 9,5 % moderado y 4,8 % leve.

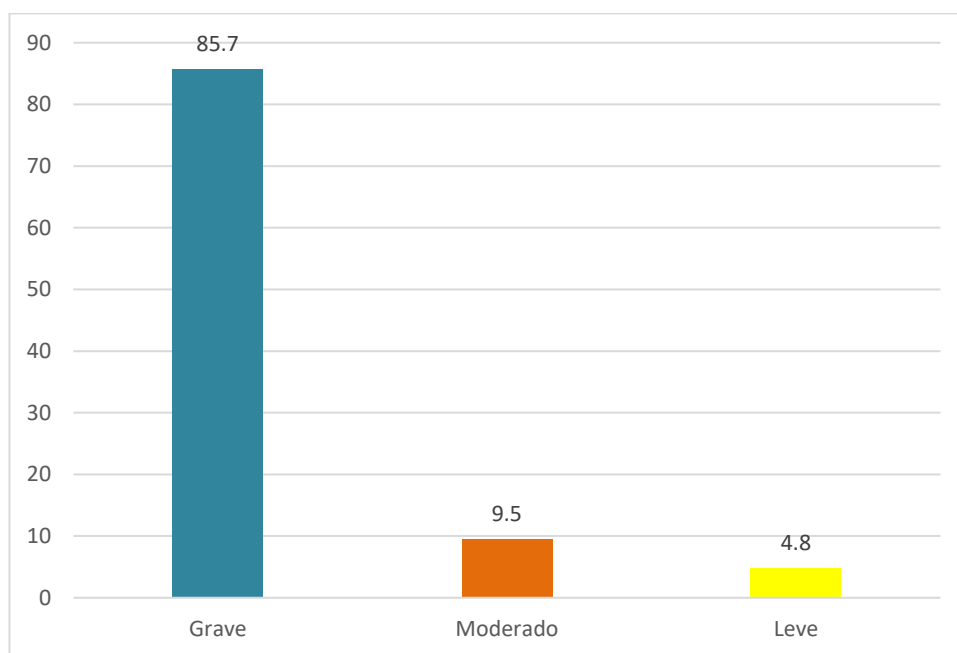


Gráfico N° 4 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

4.1.2. Post Test

Tabla N° 10 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel Burnout	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización personal	
	F	%	f	%	f	%
Alto	3	14.3	1	4.8	5	23.8
Medio	17	81.0	14	66.7	15	71.4
Bajo	1	4.8	6	28.6	1	4.8
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.00

Fuente: Anexo 02: Inventario de Burnout de Malac. (MBI)

Los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout en el post test de los profesionales de enfermería en el grupo experimento, nos muestra 81,0 % en la dimensión agotamiento emocional, 66,7 % en la dimensión Despersonalización y 71,4 % en la dimensión realización personal para el nivel medio.

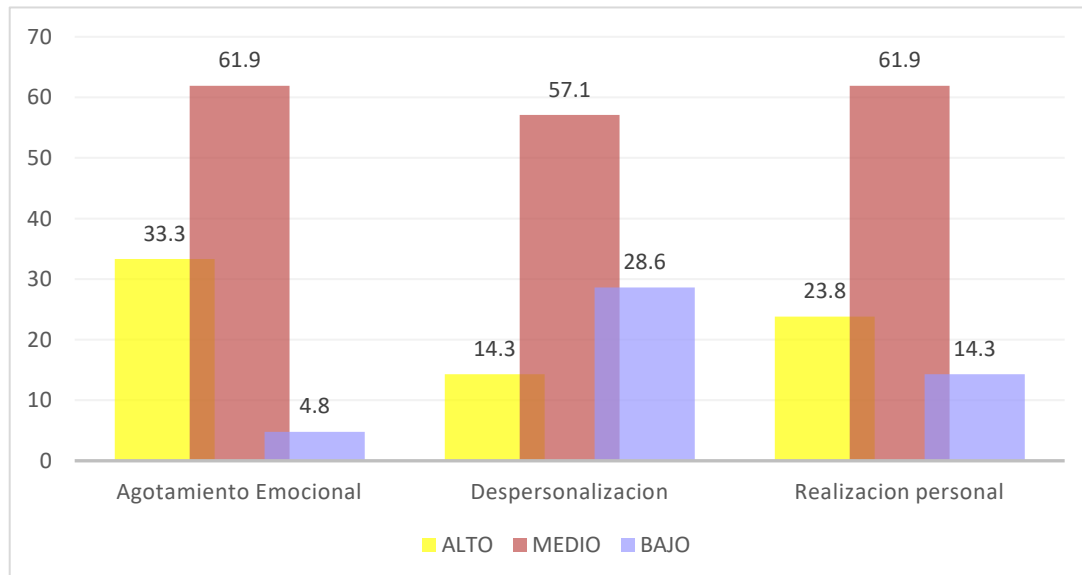


Gráfico N° 5 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 11 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Actitudes disfuncionales	Aprobación		Amor		Logro		Perfeccionismo		Derechos		Omnipotencia		Autonomía	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Debilidad psicológica	8	38.1	2	9.5	2	9.5	2	9.5	3	14.3	2	9.5	1	4.8
Fortaleza psicológica	13	61.9	19	90.5	19	90.5	19	90.5	18	85.7	19	90.5	20	95.2
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Anexo 03: Escala de actitudes disfuncionales

Los Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería nos muestra que en la dimensión aprobación 61,9%, amor 90,5 %, logro 90,5 %, perfeccionismo 90,5 % derechos 85,7 %, omnipotencia 90,5 % y autonomía 95,2 % presentaron fortaleza psicológica.

Tabla N° 12 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel de estrés laboral	Control de trabajo		Demanda de Habilidades		Demandas de trabajo		Apoyo social	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Elevado estrés	2	9.5	1	4.8	4	19.0	1	4.8
Moderado estrés	9	42.9	12	57.1	9	42.9	12	57.1
Bajo estrés	10	47.6	8	38.1	8	38.1	5	23.8
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	18	85.7

Anexo 04: Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek

Los Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés socio-Laboral de Karasek post test, arrojó en las dimensiones control de trabajo 47,6 %, una calificación de bajo estrés, mientras que en las dimensiones demanda de habilidades 57,1%, demandas de trabajo 42,9% y apoyo social 57,1 % los resultados mostraron moderado estrés.

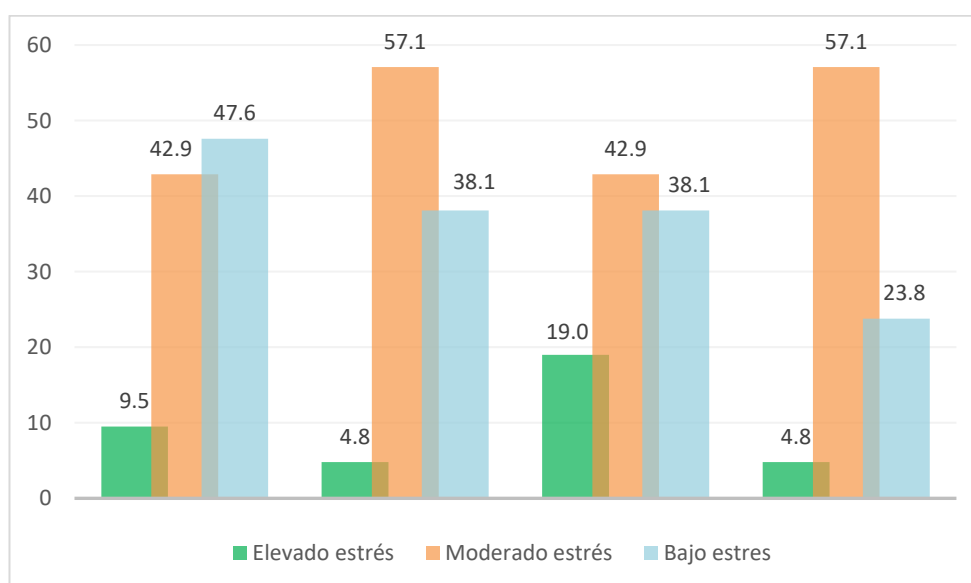


Gráfico N° 6 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 13 Resultados de la aplicación del inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Depresión		
	f	%
Grave	0	0,0
Moderado	0	0,0
Leve	1	4,8
Clínica	1	4,8
No depresión	19	90,5
Total	21	100.0

Anexo 05: Inventario de Beck para la depresión

Respecto a la calificación de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el post test, el 90,5 % no presentó depresión, el 4,8% fue para depresión leve y clínica.

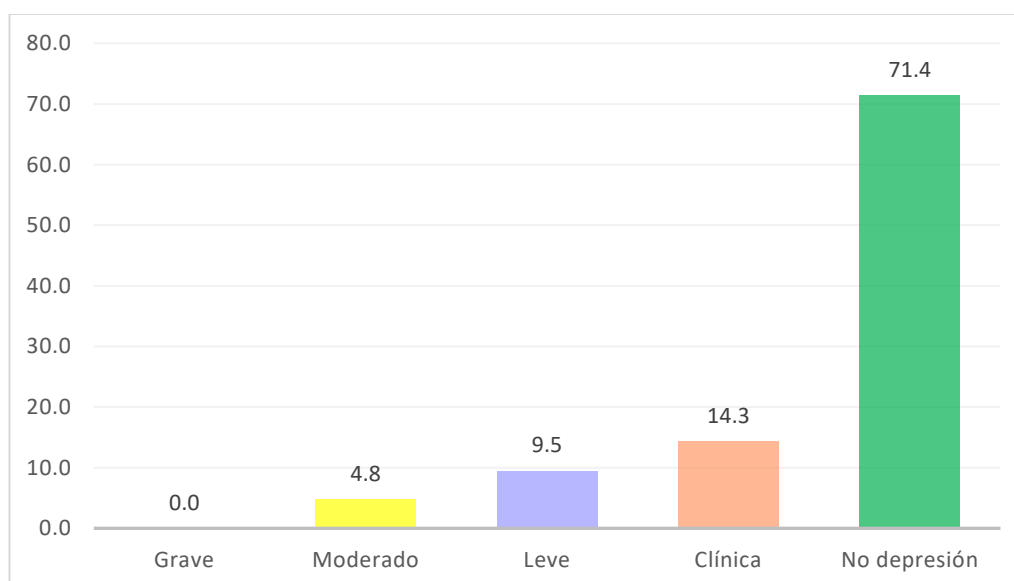


Gráfico N° 7 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 14 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Ansiedad Estado-Rasgo		
	f	%
Grave	8	38.1
Moderado	12	57.1
Leve	1	4.8
Total	21	100.0

Anexo 06: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Respecto a la calificación de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pos test, se encontró que el 57,1 % presentó ansiedad moderado, el 38,1 % fue para ansiedad grave y el 4,8 % fue para ansiedad leve.

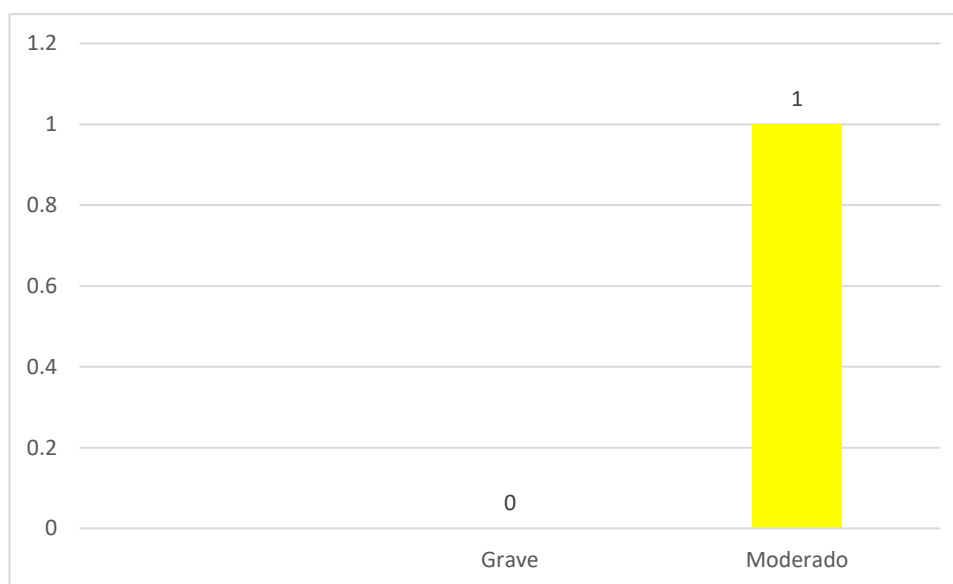


Gráfico N° 8 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

4.2. Resultados Descriptivos Grupo Control

Tabla N° 15 Características Sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Características socio-demográficas		
	f	%
Edad		
25-30	4	19,0
31-35	6	28,6
36-40	4	19,0
41-45	1	4,8
46-50	2	9,5
51-55	1	4,8
56-60	1	4,8
61-65	2	9,5
Genero		
Femenino	18	85,7
Masculino	3	14,3
Estado Civil		
Soltera/o	4	19,0
Casada/o	9	42,9
Divorciada/o	1	4,8
Separada/o	3	14,3
Conviviente	4	19,0
Viuda/o	0	0,0

Anexo 01: Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales

En la presente tabla se muestra los resultados de las características Socio demográficas de los profesionales de enfermería, seleccionados en el grupo control en donde se observó que las edades de mayor predominio se encuentran en los rangos de 31 a 35 años con el 28,6 %, seguido del rango de 25 a 30 años y de 36 a 40 años en la misma proporción 19,0 %, por otro lado, el 85,7 % corresponde al género femenino, y el 42,9 % son casadas.

Tabla N° 16 Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Características Laborales	f	%
Nivel de estudio		
Licenciada	6	28.6
Especialista	9	42.9
Magister	5	23.8
Doctor/a	1	4.8
Servicio al que pertenece		
Medicina	4	19.0
Emergencia	6	28.6
Pediatría	3	14.3
Neonatología	8	38.1
Condición laboral		
Contratada	6	28.6
Nombrada	15	71.4
Años de servicio		
1-3 años	2	9.5
4-6 años	4	19.0
7-9 años	3	14.3
10 años a más	12	57.1
Tipo de remuneración		
RO	16	76.2
RDR	5	23.8
Función que actualmente desempeña		
Asistencial	18	85.7
Administrativa	2	9.5
Ambas	1	4.8
Número de pacientes que atiende por turno en promedio		
< 10	4	19.0
11a 20	15	71.4
21 a 30	2	9.5
Tipo de turno		
Turno mañana	2	9.5
Turno rotatorio	19	90.5

Anexo 01: Guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales

Respecto a las características laborales se encontró que 42,9 % son especialistas, el 38,1 % pertenece a Neonatología, 71,4 % son nombradas, 57,1 % tienen de 10 años a más, 76,2 % reciben remuneración por recursos ordinarios, 85,7 % desempeñan función asistencial, 71,4 %

atienden en promedio por turno de 11 a 20 pacientes y el 90,5 % tienen turno rotatorio.

4.2.1. Pre Test

Tabla N° 17 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel Burnout	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización personal	
	f	%	f	%	f	%
Alto	7	33.3	3	14.3	5	23.8
Medio	11	52.4	12	57.1	13	61.9
Bajo	3	14.3	6	28.6	3	14.3
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Fuente: Anexo 02: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Al evaluar los niveles de burnout, se encontró que en las tres dimensiones se presentó nivel medio, siendo en El agotamiento emocional el 52,4%, en la dimensión Despersonalización el 57,1 % y en la dimensión realización personal el 61,9%.

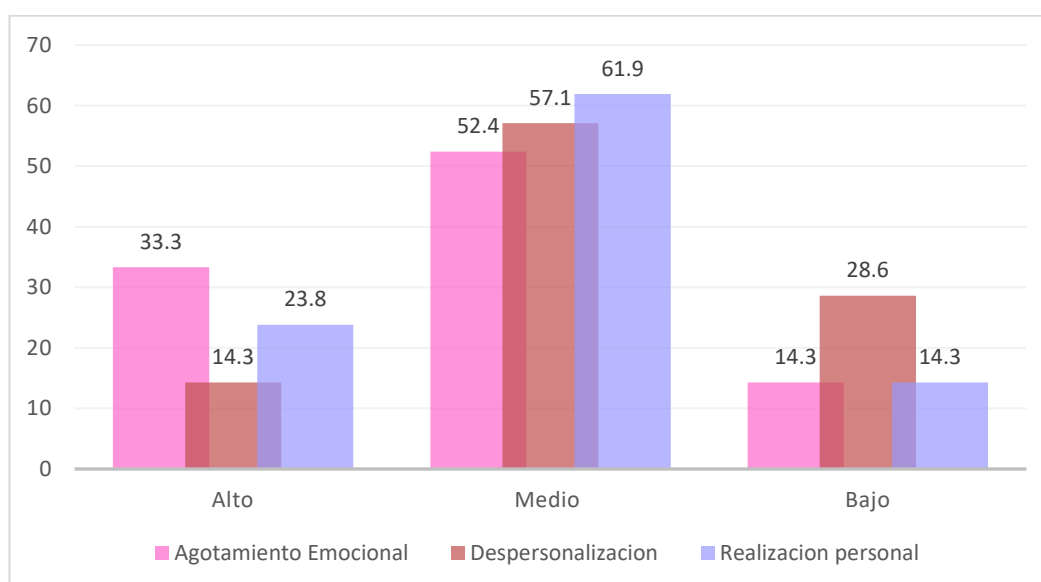


Gráfico N° 9 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 18 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Actitudes disfuncionales	Aprobación		Amor		Logro		Perfeccionismo		Derechos		Omnipotencia		Autonomía	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Debilidad psicológica	14	66.7	7	33.3	5	23.8	5	23.8	5	23.8	10	47.6	8	38.1
Fortaleza psicológica	7	33.3	14	66.7	16	76.2	16	76.2	16	76.2	11	52.4	13	61.9
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Anexo 03: Escala de actitudes disfuncionales

Entre los resultados de la aplicación de la escala de actitudes disfuncionales en el pre test de los profesionales de enfermería se encontró que en la dimensión aprobación el 66,7% presentó debilidad psicológica, el 66,7 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión amor, el 76,2 % presentó fortaleza psicológica en la dimensión logro, 76,2 % presenta fortaleza psicológica en la dimensión perfeccionismo, 61,9 % presento fortaleza psicológica en la dimensión derechos, el 81,0 % presento fortaleza psicológica en la dimensión Omnipotencia y el 85,7 % presento fortaleza psicológica en la dimensión autonomía.

Tabla N° 19 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel de estrés laboral	Control de trabajo		Demanda de Habilidades		Demandas de trabajo		Apoyo social	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Elevado estrés	2	9.5	5	23.8	5	23.8	2	9.5
Moderado estrés	14	66.7	13	61.9	15	71.4	18	85.7
Bajo estrés	5	23.8	3	14.3	1	4.8	1	4.8
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Anexo 04: Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek

Al evaluar El nivel de estrés laboral, se encontró que en la dimensión control de trabajo el 66,7 %, demanda de habilidades 61,9 %, demandas de trabajo 71,4 % y apoyo social 85,7 % mostraron moderado estrés.

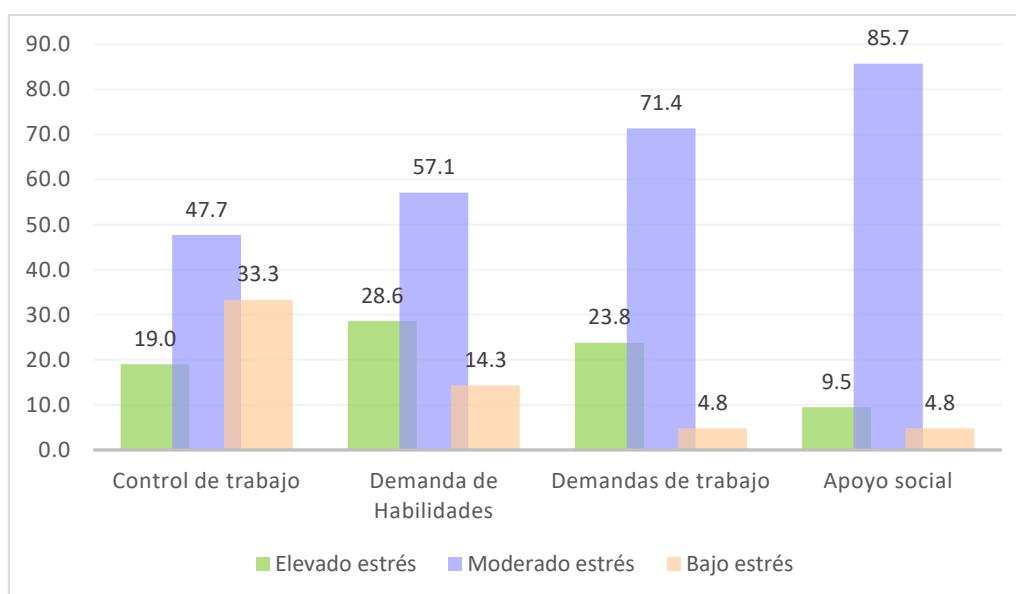


Gráfico N° 10 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 20 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la de presionen el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Depresión		
	f	%
Grave	0	0.0
Moderado	1	4.8
Leve	2	9.5
Clínica	1	4.8
No depresión	17	81.0
Total	21	100.0

Anexo 05: Inventario de Beck para la depresión

Al evaluar El nivel depresión, se encontró que el 81,0 % fue para no depresión, 9,5 %, depresión leve, 14,3 %, depresión clínica y depresión moderada 4,8 %, no se registró depresión grave.

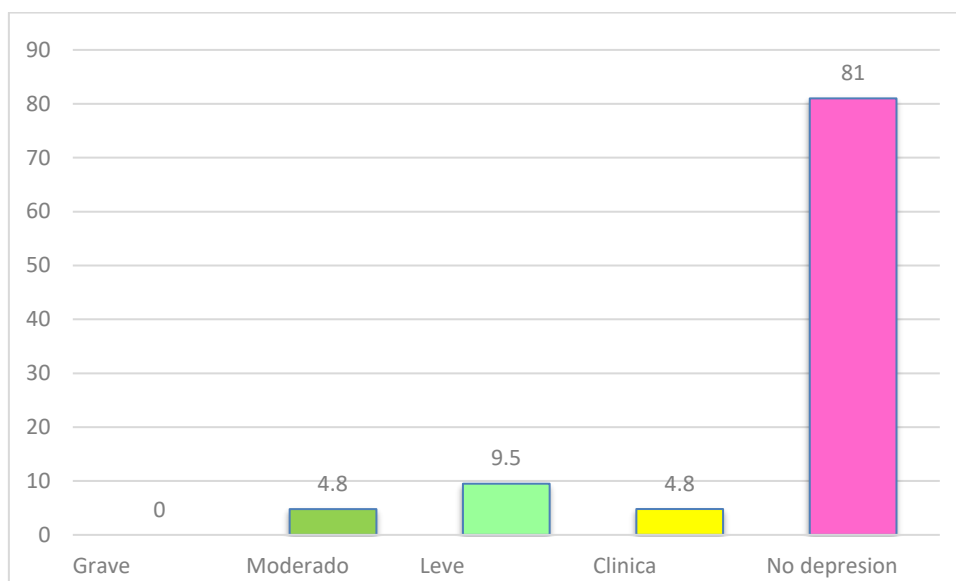


Gráfico N° 11 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 21 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Ansiedad Estado-Rasgo		
	f	%
Grave	13	61.9
Moderado	6	28.6
Leve	2	9.5
Total	21	100.0

Anexo 06 : Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Para el cuestionario de ansiedad estado rasgo en el pre test los valores presentados fueron, 61,9 % para grave, 28,6 % moderado y 9,5 % leve.

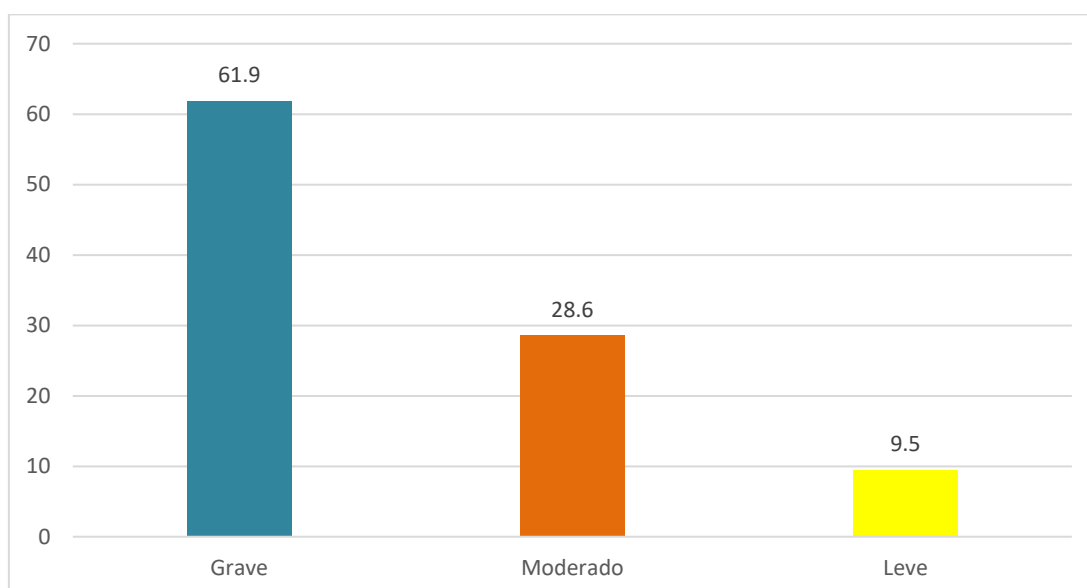


Gráfico N° 12 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

4.2.2. Post Test

Tabla N° 22 Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel Burnout	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización personal	
	f	%	f	%	f	%
Alto	7	33.3	3	14.3	5	23.8
Medio	13	61.9	12	57.1	13	61.9
Bajo	1	4.8	6	28.6	3	14.3
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0

Fuente: Anexo 02: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Los Resultados de la aplicación del Inventario de Burnout en el post test de los profesionales de enfermería en el grupo control, nos muestra 61,9 % en la dimensión agotamiento emocional, 57,1 % en la dimensión Despersonalización y 61,9 % en la dimensión realización personal para el nivel medio.

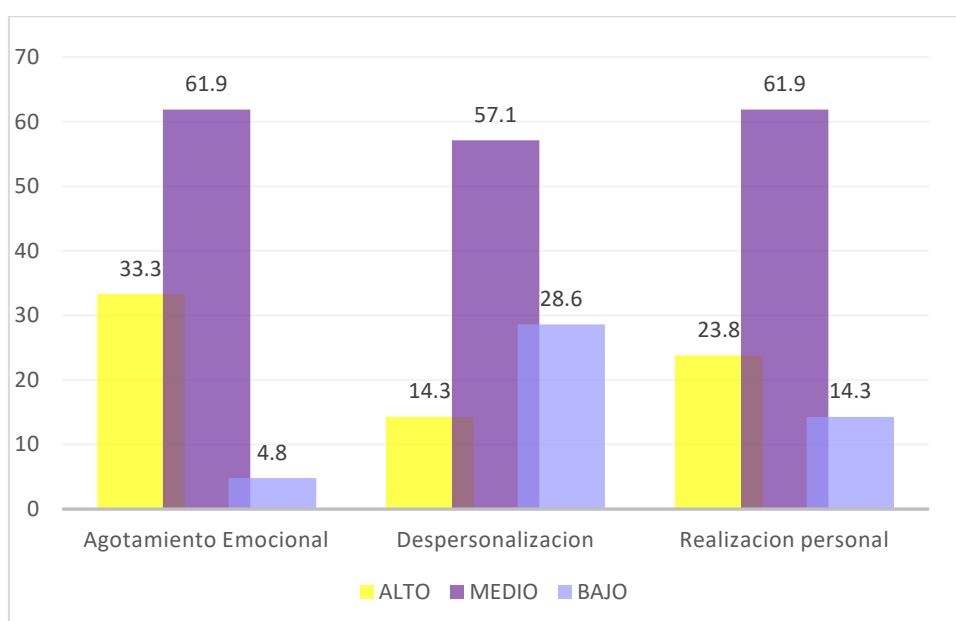


Gráfico N° 13 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Inventario de Burnout post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 23 Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Actitudes disfuncionales	Aprobación		Amor		Logro		Perfeccionismo		Derechos		Omnipotencia		Autonomía	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Debilidad psicológica	13	61.9	8	38.1	4	19.0	5	23.8	9	42.9	11	52.4	8	38.1
Fortaleza psicológica	8	38.1	13	61.9	17	81.0	16	76.2	12	57.1	12	57.1	13	61.9
Total	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	21	100.0	23	109.5	21	100.0

Anexo 03: Escala de actitudes disfuncionales

Los Resultados de la aplicación de la Escala de Actitudes disfuncionales post test de los profesionales de enfermería nos muestra que en la dimensión aprobación 61,9%, logro 81,0 %, perfeccionismo 76,2 % derechos 85,7 %, omnipotencia 57,1 % y autonomía 61,9 % presentaron fortaleza psicológica.

Tabla N° 24 Resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán 2019.

Nivel de estrés laboral	Control de trabajo		Demanda de Habilidades		Demandas de trabajo		Apoyo social	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Elevado estrés	2	9.5	6	28.6	4	19.0	2	9.5
Moderado estrés	13	61.9	12	57.1	16	76.2	19	90.5
Bajo estrés	6	28.6	3	14.3	1	4.8	0	0.0
Total	21	100.0	21	100	21	100	21	100

Anexo 04: Escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek

Al evaluar El nivel de estrés socio -laboral, se encontró que en la dimensión control de trabajo el 61,9 %, demanda de habilidades 57,1 %, demandas de trabajo 76,2 % y apoyo social 90,5 % mostraron moderado estrés.

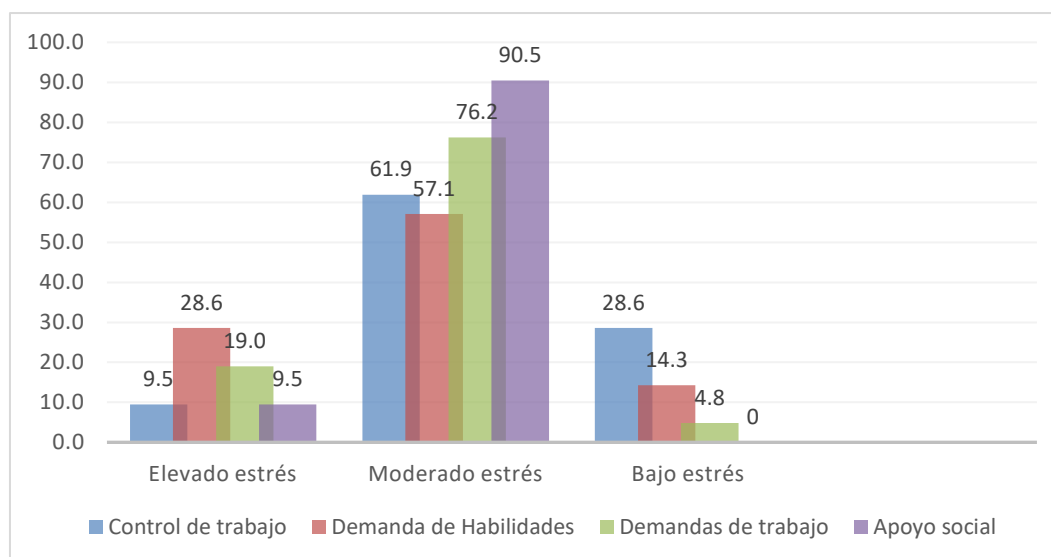


Gráfico N° 14 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés Socio-Laboral de Karasek pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Tabla N° 25 Resultados de la aplicación del Inventario de Beck para la depresión en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Depresión		
	F	%
Grave	0	0.0
Moderado	1	4.8
Leve	1	4.8
Clínica	2	9.5
No depresión	17	81.0
Total	21	100.0

Anexo 05: Inventario de Beck para la depresión

Al evaluar El nivel depresión, se encontró que el 81,0 % fue para no depresión, 9,5 %, depresión clínica, 4,8 % depresión moderado leve, no se registró depresión grave.

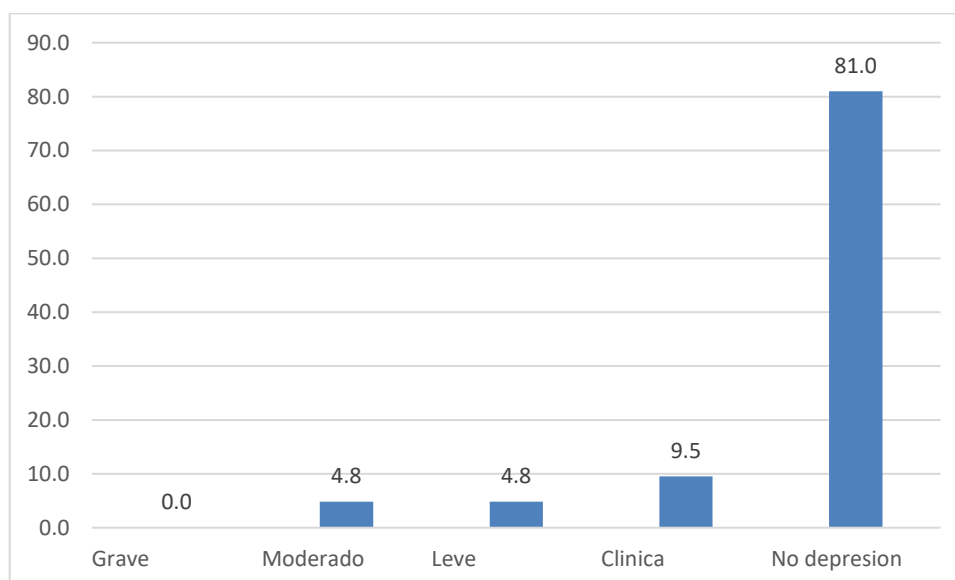


Gráfico N° 15 Distribución porcentual de los resultados del Inventario de Beck para la depresión en el post test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 26 Resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pre test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Ansiedad Estado-Rasgo		
	f	%
Grave	12	57,1
Moderado	7	33,3
Leve	2	9,5
Total	21	100.0

Anexo 06: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Para el cuestionario de ansiedad estado rasgo en el pos test los valores presentados fueron, 57,1 % para grave, 33,3 % moderado y 9,5 % leve.

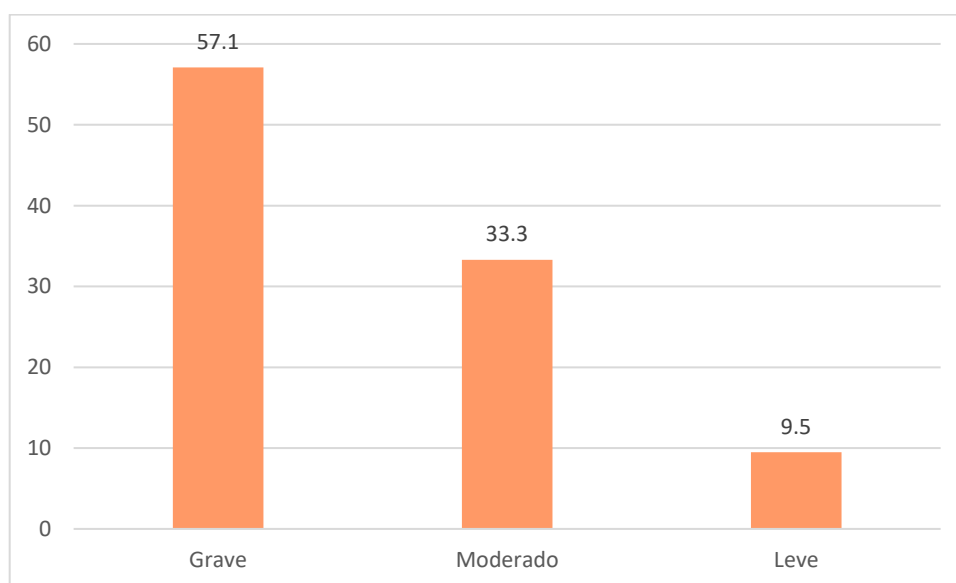


Gráfico N° 16 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del cuestionario de Ansiedad estado-rasgo en el pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

4.3. Resultados de Pre y pos Test.

Tabla N° 27 Nivel de Burnout pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Nivel Burnout	Pre Test		Post Test	
	f	%	f	%
Alto	4	19.0	3	14.3
Medio	17	81.0	16	76.2
Bajo	0	0.0	2	9.5
Total	21	100.0	21	100.0

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 19,0% presentaron un alto nivel de burnout. Posterior a la intervención se redujo a un 14,3%, lo que da una disminución del 4,7% en el nivel alto. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 4,8%. Dando un resultado final del 9,5% de disminución del nivel de burnout en el grupo de intervención.

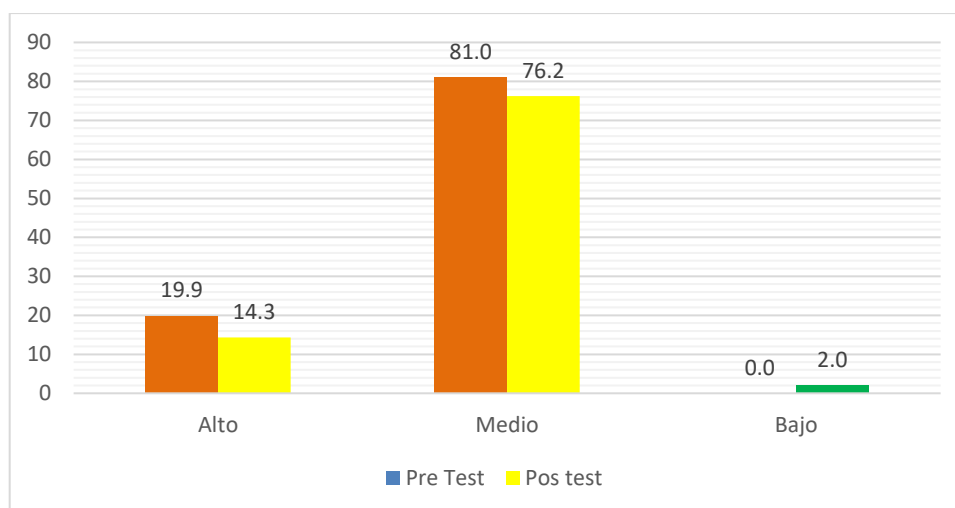


Gráfico N° 17 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del Nivel de Burnout del pre y pos de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 28 Actitudes disfuncionales en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Actitudes disfuncionales	Pre Test		Post Test	
	f	%	f	%
Debilidad psicológica	7	33.3	4	19.0
Fortaleza psicológica	14	66.7	17	81.0
Total	21	100.0	21	100.0

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 33,3% presentaron debilidad psicológica. Posterior a la intervención se redujo a un 19.0%, lo que da una disminución del 14,3%. Dando un resultado final del 14,3% de disminución de debilidad psicológica en el grupo de intervención.

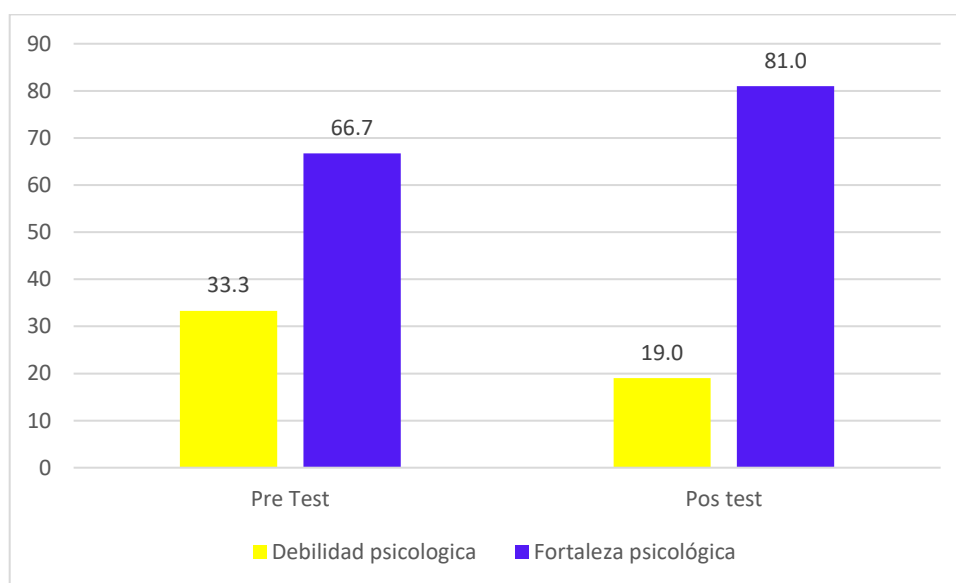


Gráfico N° 18 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación de las actitudes disfuncionales del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 29 Nivel de estrés Laboral en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Nivel de estrés laboral	Pre Test		Post Test	
	f	l	f	%
Elevado estrés	5	23.8	2	9.5
Moderado estrés	12	57.1	11	52.4
Bajo estrés	4	19.0	8	38.1
Total	21	100.0	21	100.0

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 23,8% presentaron elevado estrés. Posterior a la intervención se redujo a un 9,5%, lo que da una disminución del 14,3%. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 4,7%. Dando un resultado final del 19,0% de disminución del nivel de estrés en el grupo de intervención.

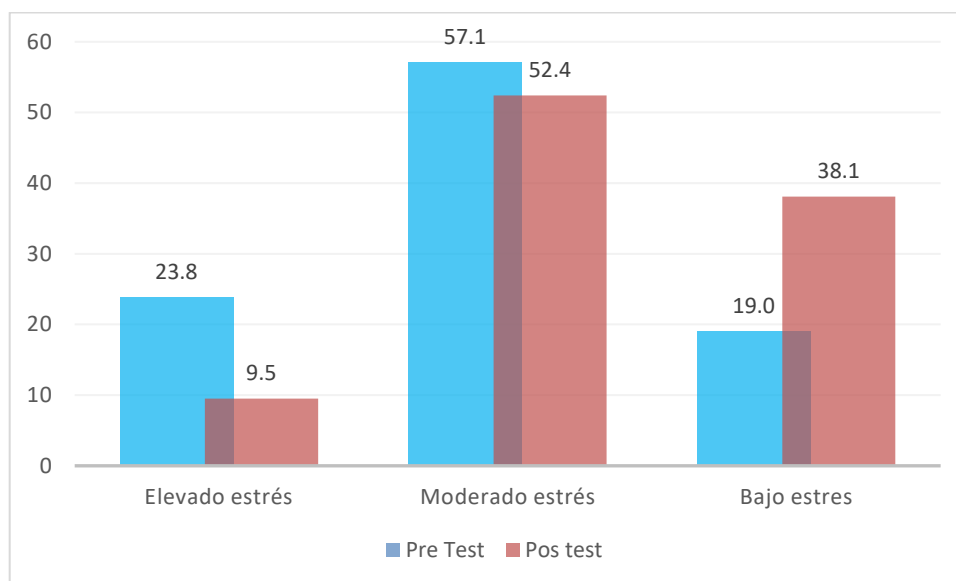


Gráfico N° 19 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de estrés del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 30 Nivel de depresión en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Depresión	Pre Test		Post Test	
	f	%	f	%
Grave	0	0.0	0	0.0
Moderado	1	4.8	0	0.0
Leve	2	9.5	1	4.8
Clínica	1	4.8	1	4.8
No depresión	17	81.0	19	90.5
Total	21	100.0	21	100.0

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 81,0% no presentaron. Posterior a la intervención se incrementó a un 90,5%, los profesionales que no presentaron depresión. Mientras que en el nivel leve se presentó una disminución del 4,5% y en el nivel moderado 4,8 %. Demostrando que existe cambio en los niveles de depresión después de la intervención.

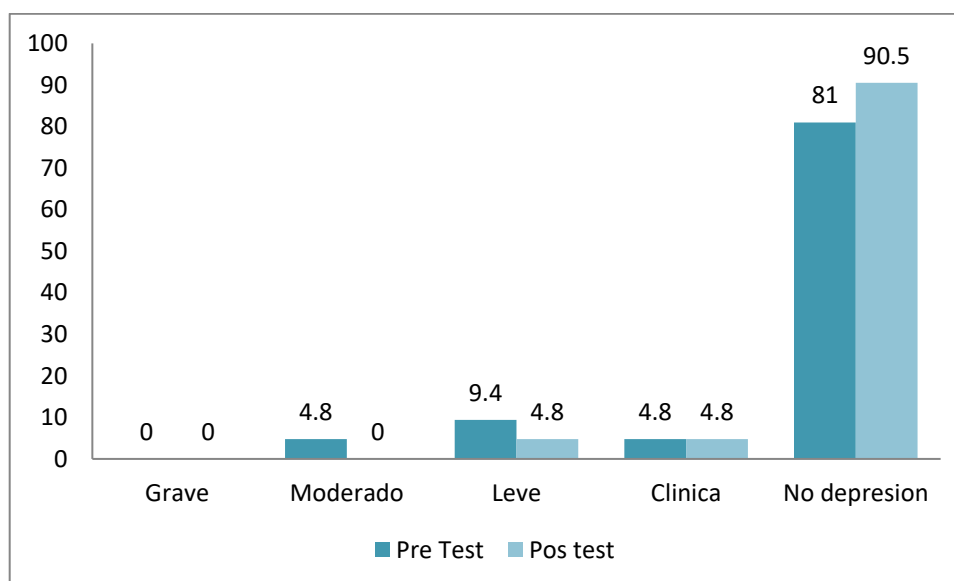


Gráfico N° 20 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de depresión del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

Tabla N° 31 Nivel de depresión en el pre y pos test en el grupo de intervención en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019

Ansiedad Estado-Rasgo	Pre Test		Post Test	
	f	%	f	%
Grave	15	71.4	8	38.1
Moderado	4	19.0	1	4.8
Leve	2	9.5	12	57.1
Total	21	100.0	21	100.0

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 71,4% presentaron ansiedad estado- Rasgo. Posterior a la intervención se redujo a 38.1%, lo que da una disminución del 33,3%. Mientras que en el nivel moderado se presentó una disminución del 14,2%. Dando un resultado final del 47,5% de disminución del nivel de ansiedad estado-rasgo en el grupo de intervención.

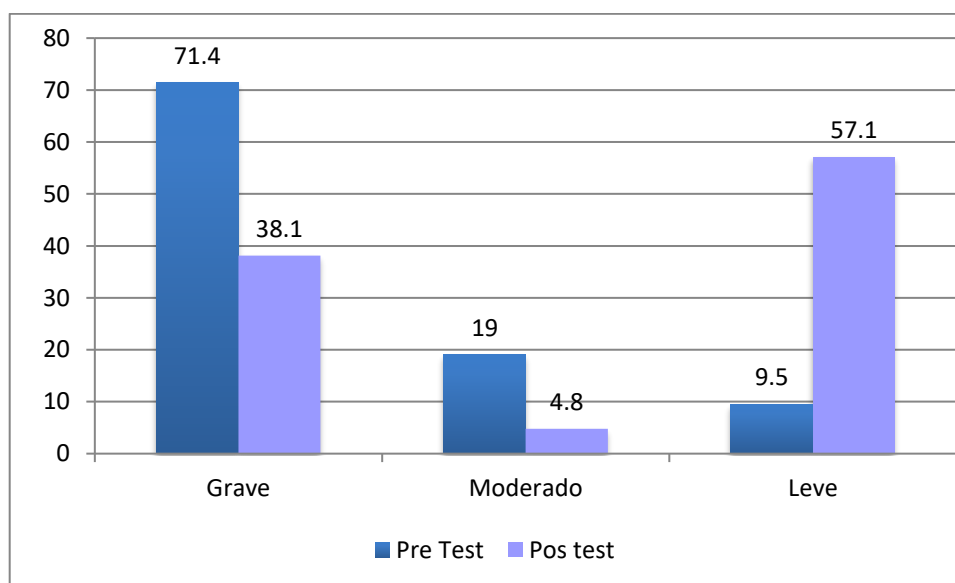


Gráfico N° 21 Distribución porcentual de los resultados de la aplicación del nivel de ansiedad estado-rasgo del pre y pos test de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

4.4. Análisis Inferencial

Tabla N° 32 Estadístico de Contraste Prueba de ANOVA DE Friedman en la aplicación del programa educativo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales.

Nivel de Burnout	Rango Promedio
ANTES	Medio (1,14)
DESPUES	Bajo (1,86)

N=21; $X^2=252,0$; $p=0,0$; $\alpha=0,05$

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 19,0% presentaron un alto nivel de Burnout. Posterior a la intervención se redujo a un 14.3%, lo que da una disminución del 4,7% en el nivel alto. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 4,8%. Dando un resultado final del 9,5% de disminución del nivel de burnout en el grupo de intervención. En la presente investigación se muestra las diferencias estadísticamente que fueron significativa en el nivel de medio y bajo, encontrándose un valor de significancia de (n=21; $X^2=252,0$; $p=0,0$; $\alpha=0,05$), demostrándose la efectividad del programa educativo para la reducción del nivel de burnout en los profesionales de enfermería en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano.

Tabla N° 33 Estadístico de Contraste Prueba de ANOVA DE Friedman en la aplicación del programa educativo conductual en la reducción de las disfunciones emocionales

Disfunciones Emocionales	Rango Promedio
ANTES	Debilidad psicológica (1,12)
DESPUES	Fortaleza psicológica (1,84)

N=21; X²=152,0; p=0,1; α=0,05

En el grupo de experimental, durante el pre test se encontró que el 33,3% presentaron debilidad psicológica. Posterior a la intervención se redujo a un 19.0%, lo que da una disminución del 14, 3%.Dando un resultado final del 14,3% de disminución de debilidad psicológica en el grupo de intervención .En la presente investigación se muestra las diferencias estadísticamente que fueron significativa en debilidad psicológica, encontrándose un valor de significancia de (n=21; X²=152,0; p=0,1; α=0,05), demostrándose la efectividad del programa educativo para la reducción de las disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano.

V. CAPITULO

5. DISCUSIÓN

5.1. Contrastación de los resultados del trabajo de investigación

En el presente se logró comprobar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir el nivel de Burnout y disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2019.

Siendo importante indicar que a corto plazo 2 meses /6 sesiones el programa de intervención fue efectivo en la disminución del nivel de burnout y disfunciones emocionales

Los resultados de la presente investigación nos muestran las diferencias estadísticamente significativas en el nivel de burnout con una disminución de 9,5% %. Y en la dimensión de agotamiento emocional con 38,1%,

El resultado evidenciado nos brinda el soporte del planteamiento, presentada al inicio de este trabajo, de que es urgente continuar desarrollando acciones desde diferentes niveles, tanto social como organizacional e individual, para incidir en la prevención y corrección del nivel de Burnout.

De acuerdo con lo manifestado por Beck y Beck et al.⁶³, se encontró que cuando el apoyo se orienta a los sujetos, como medida para proporcionar herramientas, es posible lograr reducir las reacciones emocionales desagradables y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los pensamientos.

Lo anterior coincide con Arrivillaga et al.⁶⁴En donde con una intervención grupal cognitivo-comportamental, logró disminuir el trastorno por estrés postraumático en miembros de las fuerzas armadas.

Por otro lado, Van der Klink et al.⁶⁵, concluye que los enfoques cognitivo-conductuales son más efectivos en la mejora de la calidad de vida laboral y los recursos psicológicos.

Respecto de la efectividad de la intervención para la disminución de las dimensiones del burnout, en este estudio se obtuvo efectividad para las dimensiones planteadas, Se puede explicar porque la mayoría de los profesionales de la muestra en estudio presentan estudios de especialidad y se encuentran laborando en las aéreas de su competencia que resultan estimulantes, profesional y con expectativas económicas, para su nivel de estudios.

De ahí que la intervención haya sido efectiva para aminorar la presencia de estrés y el agotamiento emocional, porque están más relacionados con la presencia de pensamientos y creencias irracionales.

En también importante indicar que cuando los participantes ocupan puestos de alta jerarquía y altos ingresos, se logra disminuir todas las dimensiones del burnout.

Lo cual puede explicar el éxito obtenido por Cabrera et al⁶⁶, quienes realizaron un estudio con el fin de evaluar el efecto de una intervención

participativa para disminuir el *burnout* en el personal directivo de un sector de la Comisión Federal de Electricidad en Guadalajara, Jalisco.

Bermejo y Prieto⁶⁷, consideran que padecer el síndrome de *burnout* está vinculado con tener creencias irracionales, sobre todo respecto del cansancio emocional. Ya que esta dimensión del síndrome tiene más que ver con el cansancio físico y con el estado de ánimo ansioso. Esto está en consonancia con el hecho de que el pensamiento irracional se asocia sobre todo con la somatización, la depresión y la ansiedad.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados se arribó a las siguientes conclusiones:

1. La aplicación del programa educativo fue efectivo, pues contribuyó en la reducción del Burnout en un 9,5% y en las disfunciones emocionales 14.3%
2. Existe relaciones existentes entre Burnout y disfunciones emocionales, ya que para ambos casos se presentó significancia de $(n=21; X^2=252,0; p=0,0; \alpha=0,05)$, en nivel de burnout y disfunciones emocionales $(n=21; X^2=152,0; p=0,1; \alpha=0,05)$.
3. Existe una Reducción de los niveles de Burnout en el grupo experimental, durante el pre test se encontró que el 19,0% presentaron un alto nivel de burnout. Posterior a la intervención se redujo a un 14.3%, lo que da una disminución del 4,7% en el nivel alto. Mientras que en el nivel medio se presentó una disminución del 4,8%. Dando un resultado final del 9,5% de disminución del nivel de burnout en el grupo de intervención.
4. Existe reducción de las disfunciones emocionales en el grupo experimental, durante el pre test se encontró que el 33,3% presentaron debilidad psicológica. Posterior a la intervención se redujo a un 19.0%, lo que da una disminución del 14,3%. Dando un resultado final del 14,3% de disminución de debilidad psicológica en el grupo de intervención.
5. El efecto del programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería que no reciben el programa de intervención no fue significativo estadísticamente $p=0,07$

RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de la presente investigación a la Dirección del hospital y al área de capacitación de personal, de manera que se implementen la presentación de talleres de clima laboral que prevengan el Síndrome de Burnout en el personal asistencial de salud.
- Aplicar la propuesta de un programa psicoterapéutico, de tipo cognitivo conductual, que reduzca los niveles de Síndrome de Burnout y permita establecer relaciones interpersonales saludables entre compañeros de trabajo, favorecer la comunicación en el ambiente laboral, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la cohesión del equipo multidisciplinar.
- Implementar estrategias para aumentar el nivel de sensibilidad a las necesidades de los pacientes en los profesionales de enfermería, disminuyendo los niveles altos de despersonalización encontrados por esta investigación.
- Realizar investigaciones de tipo correlacional sobre el estrés en personal sanitario, a fin de determinar cuánto influye cada variable en su desarrollo. Además, apostar por investigaciones experimentales, en las cuales se apliquen programas psicoterapéuticos que permitan favorecer la salud mental de los profesionales de salud de los establecimientos del MINSA y de ESSALUD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez, C.; Oviedo, A.; Vargas, M.; Hernández, V. Pérez, M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. 2009. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis – Argentina. Año X, N° 19. pp. 190. [Sitio en internet]. [Consulta: 14 de mayo de 2015]. Disponible en:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=3178072>
2. Cheung RB, Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Nursing care and patient outcomes: international evidence. *Enferm Clin*. 2008;18(1):35-40.
3. Díaz-Muñoz MJ. Síndrome del quemado en profesionales de enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Nure Investigación*. 2005;(18). [Sitio en internet] [Consulta: 30 de abril de 2015]. Disponible en:
[http://web2014.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original18.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original18.pdf)
4. Martínez García, M., Centeno Cortés, C. A., Sanz-Rubiales, Del Valle M.L. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco 2006. Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*. Año 4, N°06. pp.4. [Sitio en internet]. [Consulta: 24 de abril de 2015]. Disponible en:
[http://www.researchgate.net/profile/Alvaro Sanz Rubiales/publication/258029961 Estudio sobre el sndrome de burnout en profesionales de e](http://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Sanz_Rubiales/publication/258029961_Estudio_sobre_el_sndrome_de_burnout_en_profesionales_de_e)

nfermera de Cuidados Paliativos del Pas Vasco/links/00463527267acd
f2d5000000.pdf

5. Dávalos H. Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2005. [Tesis de Licenciatura], Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Sitio en internet]. [Consulta: 1 de abril de 2015]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/1029>
6. Paco, M. Factores asociados al Síndrome de Burnout en trabajadores Hospital II Es Salud Huánuco 2005. [Tesis de Maestría], Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
7. Peiró, J. M. Tratado de Psicología del trabajo. La actividad laboral en su contexto. 1ra. ed. Vol. I. Madrid. Ed. Síntesis. 1996.
8. Cabrera G., López R., Salinas T., Ochoa T., Marín C. y Haro G. Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital Mexicano. Rev. Med. Int. Mex. Seguro Soc 2005, 43 (1), pp. 11-16. [Sitio en internet]. [Consulta: 16 de abril de 2015]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=46&IDARTICULO=2015&IDPUBLICACION=313>
9. Marrau, C. El Síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Año 5, N° II. pp. 53-68. [Sitio en internet]. [Consulta: 16 de abril de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004369>

10. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*. 1989;26(4):343-58.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20(3):43-53.
12. Ibáñez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *EnfermClín*. 2004. Vol. 14, Nº 3. pp. 142-151.
13. Cabana J, García E, García G, Melis A, Dávila R. El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. Revista Médica Electrónica* 2009; 31(3).
14. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Psychol. 1986.
15. Confederación de empresarios de Málaga. Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. España; 2013. [Sitio en internet]. [Consulta: 16 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
16. Pérez O. Agencia de Salud Pública de Barcelona. El estrés, una cuestión de salud pública. 2006. [Sitio en internet] [Consulta: 24 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.biomanantial.com/el-estres-una-cuestion-de-salud-publica-a-686.html>

17. Campos C, Meza M. Salud mental y trabajo. Estrés ocupacional en las enfermeras. [Tesis de licenciatura], Universidad de Costa Rica, San José; 1990.
18. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio, ME Calle y Domínguez V. Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid. [Sitio en internet]. [Consulta: 16 de mayo de 2015]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
19. Kaye J. Depression: The forgotten diagnosis among hospitalized adults. J NeuroscNurs; 2000.pp. 7-15.
20. Meza-Benavidez M. Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. Rev. Enf. Binasss. Vol. 25, Nº 01. pp 17. [Sitio en internet]. [Consulta: 12 de marzo de 2015]. Disponible en:<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/7.pdf>
21. Latino, G. Síndrome de Burnout en Personal Asistencial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Enero – 2008. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2008.
22. Salcedo, K. Nivel del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, 2007. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad

- de Medicina. E. A. P. Enfermería; 2007. [Sitio en internet]. [Consultado: 19 de abril de 2015] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1007/1/salcedo_rk.pdf
23. García M, Azpiroz J, De la Fuente Y, García M, González B. La ansiedad en el personal sanitario. Enfermería en Cardiología. Salamanca, 2007. N° 42. pp. 1-5. [Sitio en internet]. [Consultado: 19 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4307.pdf>
24. Quiroz, R.; Saco, S. Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2003. N° 12, Vol. 23. pp. 11-22. [Sitio en internet]. [Consultado: 16 de abril de 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/factores.htm
25. Schaufeli, W. Burnout. Stress in Health Professionals. J Firth-Cozens. Ed. Wiley. 1999.
26. Erikson E. Identidad, juventud y crisis. Madrid: Taurus Humanidades; 2003.
27. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, S.A; 1986.
28. Slaikeu K. Intervención en crisis. México: Manual Moderno; 2001.
29. Martín M. La psicología de la salud en los hospitales clínico quirúrgico: la experiencia cubana. Inf. Psicol (Cub) 1996; 1 (4): 12.
30. Álvarez M. Estrés. Un enfoque Integral. Habana: Científico-técnica; 2000. pp. 17-32; 70-92.

31. Meichenbaum D. Tren de la inoculación de la tensión. Reducción y prevención de tensión; 1983.
32. Monk, T. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo: Factores psicosociales y de organización. Jornada de trabajo. pp. 21. [Sitio en internet]. [Consultado: 19 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.uv.es/~meliajl/MASTERCompl1/34OITFactPs.pdf>
33. Ibíd. pp. 21-22.
34. García, S. La qualitat de vida profesional com a avantatgecompetitiu. Revista de Qualitat 1993; 11:4-9. 36.
35. Karasek R. Demandas del trabajo, latitud de la decisión del trabajo y tensión mental: implicaciones para el reajuste del trabajo. Ciencia administrativa Quaraterly; 1979. pp. 285 -306.
36. Párraga J. Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. [Tesis doctoral]. España: Servicio de Publicación e Intercambio Científico, Universidad de Extremadura; 2005. [Sitio en internet]. [Consultado: 21 de abril de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
37. Ortega, C; Salas, R y Correa, R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Hospital aquilino Tejeira. Febrero-marzo 2011. Archivos de Medicina, 2011. Vol. 7, Nº 02. pp. 1-7. [Sitio en internet]. [Consultado: 21 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/503/50319889001.pdf>

38. Yslado, R; Atoche, R; Quispe, M; Ruiz, L y Medina, J. Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de hospitales. Ancash. Perú. 2011. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huáraz. Revista IIPSI. Facultad de Psicología. UNMSM. Vol. 14. Nº 12. pp. 271.276. [Sitio en internet]. [Consultado: 10 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rip/v14n2/a05v14n2.pdf>
39. Maslach C, Jackson S. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir PsycholSci* 2003; 12: 189- 193.
40. Schwartzmann L. Estrés laboral, Síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? *CiencTrab* 2004; 6 (14): 174-184.
41. López F, Ortega C. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J ClinHealthPsychol* 2004; 4 (1): 137-160.
42. Cherniss C. *Staff Burnout: job stress in human services*. Beverly CA: Sage; 1980.
43. Garcés de los Fayos, E., López Soler, C. y García Montalvo, C. *Instrumento de medida de Burnout*, 1997.
44. Melgosa, J., *¡Sin estrés!*, Asociación Casa Editora Sudamericana, Buenos Aires, 1994, p. 19

45. Organización Mundial de la Salud. Global Strategy on Occupational Health for All: The way to health at work. Organización Mundial de Salud. 1994. [Sitio en internet]. [Consultado: 21 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.medicinanews.trra.co.cr>
46. Villagrán, J. M. La depresión. Madrid: Aguilar; 1996.
47. Friedman, E. S. y Thase, M. E. Trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y Carrobles, J. A. (dirs.). Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. 1995. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI. Editores, S.A.
48. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
49. Siegrist J. Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe; 1996.
50. French J R P, Khan R L. A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. Journal of Social Issues; 1993. pp. 18,1-47
51. Buunk B P, Schaufeli W B. Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek, Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor y Francis; 1993. pp. 53-69.
52. Hobfoll S E, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C.

53. 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), pp.261-268.
54. Golembiewski R T, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavior Science* 1983, 19 (4), pp.461-81.
55. Cox T, Kuk G, Leiter M. Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and research*. London: Taylor & Francis; 1993.
56. Winnubst J. Organizational structure, social Support and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. *Professional burnout*. London: Taylor and Francis; 1993.
57. Mintzberg H. *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1979.
58. Universidad Autónoma de Madrid. Análisis de datos en Psicología II. [Sitio en internet]. [Consultado: 21 de julio de 2015] Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/carmenx/Tema1.pdf
59. Maslach C, Jackson SE Maslach burnout inventory. Manual Research Edition. University, of California. Palo Alto C.A: Consulting Psychologist Press, 1981.

60. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990
61. Beck A, Mendelson M, Mock E. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: pp. 561-571.
62. Spielberg C D, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
63. Beck, AT . (1967) Depression Clinical Experimental and Theoretical aspects. Nueva York: Harper & Row.
64. Arrivillaga QM, Varela AMT, Cáceres de RDE, Correa SD, Holguín PLE. Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. Pensamiento Psicológico 2007; 3(9): 33-49.
65. Van der Klink JJ, Blonk RW., Schene AH., van Dijk FJ. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress American Journal of Public Health, Vol 9, Issue 2 270-276, Copyright © 1 by American Public Health Association.
66. Cabrera, P. CE., Ruiz CL., González P. GJ., Vega LG., Valadez FI. Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. Revista Salud Mental Vol 32, No. 3, pp. 216 – 221.
67. Bermejo, TL., Prieto UM. Teachers' irrational beliefs and their relationship to distress in the profession, Psychology in Spain, 2006, Vol. 10.

ANEXO

Código:

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO 01

GUÍA DE ENTREVISTA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES. Señor, señora y señorita, en esta primera parte que corresponde a sus características generales, sírvase registrar sus respuestas mediante un aspa (X) en los paréntesis correspondientes o llenar los recuadros en blanco.

El cuestionario es anónimo y los datos serán conservados con la total confidencialidad, garantizándole su privacidad.

Gracias por su colaboración.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____

2. ¿A qué género pertenece?

Masculino ()

Femenino ()

3. Su estado civil es:

Soltera/o ()

Casada/o ()

Divorciada/o ()

Separada/o ()

Conviviente ()

Viuda/o ()

ASPECTOS LABORALES

4. ¿Cuál es su nivel de estudio?

Licenciada ()

Especialista ()

Magister ()

Doctor/a ()

5. ¿A qué servicio pertenece?

Medicina ()

Cirugía ()

Emergencia ()

Pediatría ()

Neonatología ()

Centro quirúrgico ()

UCI ()
Unidad renal ()
Estrategias sanitarias ()

6. ¿Cuál es su condición laboral?

Contratada ()
Nombrada ()

7. ¿Cuántos años de servicio tiene usted?

1-3 años ()
4-6 años ()
7-9 años ()
10 años a más ()

8. ¿Con qué tipo de remuneración que recibe usted?

SNP ()
PPR ()
Planilla ()

9. ¿Cuál es la función que actualmente desempeña?

Asistencial ()
Administrativa ()
Ambas ()

10. ¿Cuál es el número de pacientes que atiende por turno en promedio?

< 10 ()
11a 20 ()
21 a 30 ()
31 > ()

11. ¿Cuál es el tipo de turno en que labora usted?

Turno mañana ()
Turno rotatorio ()

Código:

Fecha: ___ / ___ / ___

ANEXO 02

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES. Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. Por favor, lea cada declaración cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si usted nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" (cero) en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Conteste las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

Nº	Declaraciones	0	1	2	3	4	5	6
AGOTAMIENTO EMOCIONAL								
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
5	Me siento "quemado" por mi trabajo.							
6	Me siento frustrado en mi trabajo.							
7	Creo que estoy trabajando demasiado.							
8	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
9	Me siento acabado.							
DESPERSONALIZACIÓN								
10	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
11	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
12	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
13	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							

14	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							
REALIZACIÓN PERSONAL.								
15	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
16	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
17	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
18	Me siento muy activo.							
19	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
20	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
21	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
22	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							

Código:

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO 03

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES: Señala en qué grado estás de acuerdo con cada una de las siguientes actitudes. Asegúrate de elegir sólo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Sólo queremos saber qué es lo que piensas acerca de estos temas.

En cada frase deberás marcar una de las siguientes respuestas:

1. Completamente de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Dudoso
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Gracias por su colaboración.

Nº	Actitudes disfuncionales.	1	2	3	4	5
APROBACIÓN						
1	Ser criticado hace que la gente se sienta mal.					
2	Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas.					
3	Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben.					
4	Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.					
5	Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensan de mí.					
AMOR						
6	No puedo ser feliz si no me ama alguien.					
7	Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz.					
8	Si la gente a la que cuido me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.					
9	Si una persona a la que amo no me corresponde, es que soy poco interesante.					
10	El aislamiento social conduce a la infelicidad.					
LOGRO						
11	Para considerarme una persona digna debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.					
12	Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido.					
13	Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que las que no las tienen.					

14	No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.					
15	Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.					
PERFECCIONISMO						
16	Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.					
17	Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno mismo.					
18	Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.					
19	Si cometo un error, debo sentirme mal.					
20	Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón.					
DERECHOS						
21	Si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo.					
22	Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.					
23	Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos.					
24	Si soy un buen marido/mujer, mi cónyuge debe amarme.					
25	Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.					
OMNIPOTENCIA						
26	Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente que está cerca de mí.					
27	Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado.					
28	Para ser una persona buena, valiosa y moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.					
29	Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.					
30	Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.					
AUTONOMÍA						
31	No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.					
32	No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones agradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.					
33	Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.					
34	Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda.					
35	La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que mi presentan estas marcas.					

Código:

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO 04

ESCALA DE APRECIACIÓN DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL DE KARASEK

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES: Estimada Sra./Sr./Srta. A continuación, encontrará unas frases relacionadas al estrés socio laboral. Sírvase responder de manera apropiada marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Sírvase tener en cuenta la siguiente valoración en la marca de los casilleros.

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. Casi nunca
4. Nunca

Gracias por su colaboración.

Nº	ÍTEMS	1	2	3	4
CONTROL DEL TRABAJO					
1	Puede decidir cómo hacer el trabajo.				
2	Otros son los que toman las decisiones de cómo hacer el trabajo.				
3	Tiene mucha participación en las decisiones sobre el trabajo.				
4	Decide con qué velocidad hace el trabajo.				
5	Su horario de trabajo es flexible.				
6	Puede decidir cuándo tomarse un descanso en la jornada laboral.				
7	Puede decidir con quién trabajar.				
8	Tiene mucha participación en planear el ambiente de trabajo.				
DEMANDA DE HABILIDADES					
9	Tiene que hacer las mismas cosas una y otra vez.				
10	El trabajo le ofrece una variedad de cosas interesantes.				
11	Es aburrido su trabajo.				
12	Tiene posibilidades de aprender nuevas cosas en su trabajo.				
13	Su trabajo le exige un elevado nivel de destrezas y conocimientos.				
14	Su trabajo requiere que tome la iniciativa.				
DEMANDAS DEL TRABAJO					
15	Tiene que trabajar muy rápido.				
16	Tiene que trabajar con mucha intensidad.				
17	Tiene suficiente tiempo para hacerlo todo.				

18	Le sucede que diferentes grupos en el trabajo le piden cosas que piensa que es difícil de combinar.				
APOYO SOCIAL					
19	Con cuánta frecuencia obtiene ayuda y apoyo de los colegas.				
20	Con cuánta frecuencia los colegas están dispuestos a oír sus problemas relacionados con el trabajo.				
21	Con cuánta frecuencia consigue ayuda y apoyo de su jefe inmediato superior - Con cuánta frecuencia su jefe inmediato superior está dispuesto a escuchar sus problemas.				
22	Si obtiene suficiente información de sus superiores.				
23	Si obtiene información consistente de sus superiores				

Código:

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO 05

INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES: Estimado Lic. Enfermero/a, por favor, lea con atención cada una de las siguientes afirmaciones y señale cuál de cada grupo describe mejor sus sentimientos. Señale con un X a la derecha la afirmación con lo que usted se identifica. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

La información será manejada de manera confidencial, asegurando su privacidad.

Gracias por su colaboración.

Nº	AFIRMACIONES	
1	No me siento triste.	
	Me siento triste.	
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	
2	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.	
	Me siento desanimado de cara al futuro.	
	Siento que no hay nada por lo que luchar.	
	El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3	No me siento como un fracasado.	
	He fracasado más que la mayoría de las personas.	
	Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.	
	Soy un fracaso total como persona.	
4	Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
	No disfruto de las cosas tanto como antes.	
	No tengo ninguna satisfacción de las cosas.	
	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	
5	No me siento especialmente culpable.	
	Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
	Me siento culpable constantemente.	
6	No creo que esté siendo castigado.	
	Siento que quizá esté siendo castigado.	
	Espero ser castigado.	
	Siento que estoy siendo castigado.	
7	No estoy descontento de mi mismo.	
	Estoy descontento de mi mismo.	
	Estoy a disgusto conmigo mismo.	
	Me detesto.	
8	No me considero peor que cualquier otro.	
	Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.	
	Continuamente me culpo por mis faltas.	
	Me culpo por todo lo malo que sucede.	

9	No tengo ningún pensamiento de suicidio.	
	A veces pienso en suicidarme pero no lo haré.	
	Desearía poner fin a mi vida.	
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	
10	No lloro más de lo normal.	
	Ahora lloro más que antes.	
	Lloro continuamente.	
	No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.	
11	No estoy especialmente irritado.	
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
	Me siento irritado continuamente.	
	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	
12	No he perdido el interés por los demás.	
	Estoy menos interesado en los demás que antes.	
	He perdido gran parte del interés por los demás.	
	He perdido todo el interés por los demás.	
13	Tomó mis propias decisiones igual que antes.	
	Evito tomar decisiones más que antes.	
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
	Me es imposible tomar decisiones.	
14	No creo tener peor aspecto que antes.	
	Estoy preocupado porque parezco envejecido/a y poco atractivo/a.	
	Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a.	
	Creo que tengo un aspecto horrible.	
15	Trabajo igual que antes.	
	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	
	Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.	
	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	
16	Duermo tan bien como antes.	
	No duermo tan bien como antes.	
	Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.	
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.	
17	No me siento más cansado de lo normal.	
	Me canso más que antes.	
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
	Estoy demasiado cansado para hacer nada.	
18	Mi apetito no ha disminuido.	
	No tengo tan buen apetito como antes.	
	Ahora tengo mucho menos apetito.	
	He perdido completamente el apetito.	
19	No he perdido peso últimamente.	
	He perdido más de 2 kilos.	
	He perdido más de 4 kilos.	
	He perdido más de 7 kilos.	
	Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos.	
20	No estoy preocupado por mi salud.	
	Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.	

	Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.	
	Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.	
21	No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	
	La relación sexual me atrae menos que antes.	
	Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.	
	He perdido totalmente el interés sexual.	

Código:

Fecha: ___ / ___ / ____

ANEXO 06

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES: Estimada Sra. /Sr. /Srta., lea con atención cada frase y señale la puntuación de 0 a 5 que indique mejor como se siente usted generalmente o en la mayoría de las ocasiones. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

La información será manejada de manera confidencial, asegurando su privacidad.

Utiliza la siguiente escala de valoración:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. A menudo
5. Casi siempre

Gracias por tu colaboración.

Nº		1	2	3	4	5
ANSIEDAD-ESTADO						
1	Me siento bien.					
2	Me canso rápidamente.					
3	Siento ganas de llorar.					
4	Me gustaría ser tan feliz como otros.					
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto					
6	Me siento descansada.					
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.					
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.					
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.					
10	Soy feliz.					
ANSIEDAD-RASGO						
11	Suelo tomar las cosas con demasiada seriedad.					
12	Me falta confianza en mi mismo.					
13	Me siento segura.					
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades de mi embarazo.					
15	Me siento triste (melancólica).					
16	Estoy satisfecha con mi trabajo.					
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.					
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.					
19	Soy una persona estable.					
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Título del estudio.

"Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019."

Objetivo.

Determinar la efectividad del programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales en los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2019.

Metodología.

Consistirá en un estudio cuantitativo experimental con dos grupos: experimental y control de intervención antes y después.

Seguridad.

El estudio no pondrá en riesgo la salud física ni psicológica.

Participantes en el estudio.

Se incluirán a todos los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Compromiso.

Se le pedirá su consentimiento informado para poder aplicarle los instrumentos de recolección de datos (guía de entrevista de características sociodemográficas y laborales de los profesionales de enfermería, el inventario de Burnout de Maslach, escala de actitudes disfuncionales, escala de apreciación de estrés socio-laboral de Karasek, la escala de depresión de Beck; y el inventario de ansiedad). Al grupo experimental conformado por profesionales de enfermería participarán en las 6 sesiones (una por quincena) de una hora y media cada una del programa de intervención cognitivo conductual en la reducción del Burnout y de las disfunciones emocionales.

En tal efecto es posible contar con su aprobación refrendándolo con su firma y la de un testigo de ser el caso. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Tiempo de participación en el estudio.

6 sesiones (una por quincena) de una hora y media cada una.

Beneficio por participar en el estudio.

El beneficio que usted obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir una terapéutica psicológica que repercute beneficiosamente en la salud mental y emocional.

Confidencialidad.

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta. La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Responsables del estudio.

Comuníquese con:

Lic. Enf. Nidia Victoria Rosales Córdova.

Teléfono: 973908003.

Para obtener más información

Escribir al nydyarosales@hotmail.com

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Participante.......... Testigo.....

Investigador.....

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos que se obtengan a lo largo del estudio, así como los extraídos de su historial clínico son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que representantes del promotor del estudio y, eventualmente, las autoridades sanitarias y/o miembros del Comité Ético de Investigación Clínica tengan acceso a su historia clínica comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas del hospital, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación, solicitándolo al médico que le atiende en este estudio.

Lic. Nidia Victoria Rosales Córdova
Investigadora

Código:

Fecha: ___ / ___ / _____

ANEXO09

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DEL BURNOUT Y DE LAS DISFUNCIONES EMOCIONALES EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efectividad de un programa cognitivo conductual en la reducción del Burnout y las disfunciones emocionales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2019.

INSTRUCCIONES: Gracias por completar este formato de evaluación. Sus comentarios y opiniones serán tomados en cuenta para futuros módulos.

Sesión N° _____

Nombre de la Sesión: _____

Facilitador/a _____

E: Excelente B: Bueno R: Regular M: Malo

ÍTEM	CRITERIOS	E	B	R	M
CONTENIDOS DE LA SESIÓN	Relevante para reducir los niveles altos del síndrome de Burnout.				
	Acertada y profunda.				
	Aplicable para su trabajo.				
	Aportó recursos / desarrolló habilidades.				
METODOLOGÍAS	Fluye fácil.				
	Participativa.				
	Tuvo en cuenta conocimiento/experiencia de participantes.				
	Permitió alcanzar los objetivos de la sesión.				
	Permitió vincular otros temas.				
MATERIALES DIDÁCTICOS	Claros				
	Adecuados				
	Pertinentes				
	Útiles				
	Oportunos				

¿Qué ganó de esta sesión? (conocimiento y habilidades):

Sugerencias para hacer más efectiva esta sesión en el futuro:

--
