



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE PUNO, 2022

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Rupay Zevallos, Bryan Belsasar

Asesora:

Tantalean Terrones, Lizley Janne

ORCID: 0000-0001-7439-5699

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Córdova Gonzales, Luis

Henostroza Mota, Carmela

Lima - Perú

2024



SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE PUNO, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	9%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
3	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE PUNO, 2022

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención
en psicología clínica

Autor:

Rupay Zevallos, Bryan Belsasar

Asesora:

Tantalean Terrones, Lizley Janne

ORCID: 0000-0001-7439-5699

Jurado:

Diaz Hamada, Luis Alberto

Córdova Gonzales, Luis

Henostroza Mota, Carmela

Lima- Perú

2024

Pensamientos

“No necesito conocer la respuesta. No siento miedo de no saber cosas, de estar perdido en un universo misterioso sin propósito alguno, que es la forma como veo las cosas hasta el momento. No me asusta. Además, hay una gran diferencia entre saber el nombre de algo y saber algo”.

Richard Feynman

“No quiero ser un genio; tengo suficientes problemas solo tratando de ser un hombre”.

Albert Camus

Dedicatoria

Dedico esta tesis al interés que pueda surgir en las personas acerca del bien común basado en la ciencia, a mis padres y toda la gente y/o mi familia que confía en mí.

Agradecimientos

A mi madre Ada por la vida y motivarme cada día a ser mejor persona. a mi segunda madre Ayda por mostrarme su fortaleza, a mi hermano Jerson por su incondicional apoyo y toda mi familia consanguínea o no por motivarme en los momentos de arduos y tensos devaneos durante la elaboración de la tesis.

A los profesores y maestros que en mí plantaron conocimientos y experiencias que supieron darme aliento en momentos cruciales de mi desarrollo personal, es decir en mis errores y falencias, a mi asesora por hacerme cambiar de perspectiva en cuanto a redacción (lo cual considero valioso).

Finalmente, a M.S.M.P. por todos los bellos recuerdos que mantuvieron alineados mis valores de vida y llenaron de dicha mis momentos tristes.

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Descripción y formulación del problema	13
1.2. Antecedentes	16
1.2.1. Antecedentes Nacionales	16
1.2.2. Antecedentes Internacionales	18
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
1.4. Justificación	21
1.5. Hipótesis	21
1.5.1. Hipótesis General	22
1.5.2. Hipótesis específicas	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Bases teóricas	23
2.1.1. Estrés	23
2.1.2. Síndrome de Burnout	24
2.1.3. Modelos del síndrome de burnout	26
2.1.4. Clasificación del síndrome de burnout	28
2.1.5. Intervención del síndrome de burnout	29
2.1.6. Estrategias de afrontamiento	31
2.1.7. Clasificación de las estrategias de afrontamiento	32
2.1.8. Importancia de las estrategias de afrontamiento en los profesioanles de salud	33

III. MÉTODO	34
3.1. Tipo de investigación	34
3.2. Ámbito temporal y espacial	34
3.3. Variables	34
3.3.1. Síndrome de burnout	34
3.3.2. Estilo de Afrontamiento	34
3.4. Población y muestra	35
3.5. Instrumentos	35
3.5.1. Cuestionario De Maslash Burnout Inventory Human Services Survey – MBI HSS	35
3.5.2. Cuestionario Afrontamiento Del Estrés Modificado (CAE)	37
3.6. Procedimientos	38
3.7. Análisis de datos	39
3.8. Consideraciones éticas	43
IV. RESULTADOS	44
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	56
VIII. REFERENCIAS	57
IX. ANEXOS	59

Índice de Figuras

Nº	Título	Pág.
Figura 1	Explicación de las categorías del síndrome de burnout	26
Figura 2	Explicación de las categorías del síndrome de burnout	27

Índice de Tablas

N°	Titulo	Pág.
Tabla 1	Tipos de estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman	31
Tabla 2	Estimaciones del coeficiente de confiabilidad del Inventario del síndrome de Burnout HSS	36
Tabla 3	Estimaciones del coeficiente de confiabilidad del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento	37
Tabla 4	Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio	38
Tabla 5	Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según sexo	39
Tabla 6	Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según edad significativas en las variables de estudio según sexo	39
Tabla 7	Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según profesión	40
Tabla 8	Prueba Kolmogórov-Smirnov de las dimensiones de ambas variables	41
Tabla 9	Niveles del Síndrome de burnout en profesionales de un hospital de Puno	43
Tabla 10	Estadísticos descriptivos de las dimensiones del Síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno	43
Tabla 11	Estadísticos descriptivos de los niveles en los tipos de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno	44
Tabla 12	Estadísticos descriptivos de las dimensiones de los Estilos de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno	45
Tabla 13	Prueba de Levene y Prueba T de muestras independientes para hallar diferencias significativas en las variables de estudio según sexo	46
Tabla 14	Prueba de Levene y Prueba T de muestras independientes para hallar diferencias significativas en las variables de estudio según edad	46

Tabla 15	Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y profesión	47
Tabla 16	Tabla cruzada de la tendencia de estrategias de afrontamiento y profesión	47
Tabla 17	Coefficiente de correlación de Spearman entre síndrome de burnout y los tipos de estrategias de afrontamiento	48
Tabla 18	Coefficiente de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento racional y las subescalas de síndrome de burnout	49
Tabla 19	Coefficiente de correlación Spearman entre las dimensiones de síndrome de burnout y las subescalas de estrategias de afrontamiento	49
Tabla A1	Operacionalización de la variable síndrome de burnout	65
Tabla A2	Operacionalización de la variable afrontamiento	66
Tabla E1	Resultados del análisis de ítems en el Inventario del Síndrome de Burnout HSS	71
Tabla E2	Resultados del análisis de ítems en el Cuestionario de estilos afrontamiento	71

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno en pandemia por Covid-19, 2022. **Método:** La presente investigación posee un enfoque cuantitativo, no experimental con un diseño correlacional, de corte transversal. Se usó el Cuestionario De Maslash Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario Afrontamiento Del Estrés Modificado (CAE). La población estuvo conformada por 76 profesionales de la salud. **Resultados:** Se encontró relación positiva muy baja y significativa entre las variables. En el CAE se encuentra que el valor del alfa de Cronbach resulta 0.698. En cuanto al MBI-HSS da como resultado un alfa de Cronbach de 0.746. Los niveles del síndrome de burnout que presenta el personal de salud son medios en preponderancia (55.3%), las estrategias de afrontamiento que predominan son racionales con tendencia alta en las profesiones de psicología y obstetricia; con relación al sexo se evidencia que existen diferencias significativas entre las medias del síndrome de burnout, mientras que en las estrategias de afrontamiento no existen diferencias significativas entre las medias. **Conclusiones:** En medida que el síndrome de burnout se eleve, existiendo presencia de esta, se incrementarán las estrategias de afrontamiento. Es por ello, que se recomienda el entrenamiento de factores protectores para reforzar habilidades psicosociales e inteligencia emocional y así, evitar consecuencias negativas en el ámbito laboral.

Palabras Clave: síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento, estrés laboral

Abstract

Objective: Analyze the relationship between burnout syndrome and coping strategies in healthcare personnel at a hospital in Puno during the Covid-19 pandemic, 2022. **Method:** This research has a quantitative, non-experimental approach with a correlational design, cross-section. The Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) and the Modified Coping with Stress Questionnaire (CAE) were used. The population was made up of 76 health professionals. **Results:** A very low and significant positive relationship was found between the variables. In the CAE it is found that the value of Cronbach's alpha is 0.698. Regarding the MBI-HSS, it results in a Cronbach's alpha of 0.746. The levels of burnout syndrome presented by health personnel are predominantly medium (55.3%), the coping strategies that predominate are rational with a high tendency in the professions of psychology and obstetrics; In relation to sex, it is evident that there are significant differences between the means of burnout syndrome, while in coping strategies there are no significant differences between the means. **Conclusions:** As burnout syndrome increases, and if it is present, coping strategies will increase. This is why training in protective factors is recommended to reinforce psychosocial skills and emotional intelligence and thus avoid negative consequences in the workplace.

Keywords: burnout syndrome, coping strategies, work stress

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio relaciona el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento usadas por personal asistencial durante la pandemia por COVID-19, dichas estrategias conformaron factores protectores ante los desafíos planteados por el contexto de emergencia sanitaria, ante una enfermedad que movilizó los recursos públicos de las naciones en diferentes contextos sociopolíticos.

Conocer la relación de ambas variables en el personal asistencial durante tiempo de pandemia es de gran importancia ante la presencia de factores de riesgo que superaron las capacidades personales y organizacionales del sistema de salud nacional – regional y del contexto intercultural, debido a que el estudio se situó en una zona fronteriza (Perú – Boliviana), impregnada de diversidad de costumbres e incluso el uso indistinto de idiomas: castellano, quechua y aimara, como es propio en poblaciones alto-andinas. Por lo tanto, esta investigación proporcionará datos sociodemográficos significativos sobre el grupo que ayudarán a comprender las relaciones entre las variables seleccionadas.

Además, los estudios sobre el personal asistencial según diferentes profesiones son escasa en nuestro país y debido a ello surge la necesidad de estudiarlas y poder comparar las diferencias que se encuentran implícitas. En base a ello, se desarrolló la presente investigación con la finalidad de identificar la variable de síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en personal de salud de un hospital de Puno. Para ello, se desarrolló la investigación en nueve capítulos. En capítulo I se presentan la descripción y formulación del problema, los antecedentes tanto nacionales como internacionales, los objetivos, la justificación de la investigación y las hipótesis. En el capítulo II se detallan las bases teóricas de la investigación, que se subdivide en ocho partes: estrés, síndrome de burnout, modelos del síndrome de burnout, clasificación del síndrome de burnout, intervención del síndrome de burnout, estrategia de afrontamiento, clasificación de las estrategias de afrontamiento e importancia de las estrategias

de afrontamiento en los profesionales de la salud. En capítulo III se describe el marco metodológico, es decir, el tipo de investigación, el ámbito temporal y espacial, la variable de estudio, la población y muestra, los instrumentos, el procedimiento, los análisis de datos que se realizaron y las consideraciones éticas. En el capítulo IV se exponen los resultados obtenidos que posteriormente son ratificados o refutados en el capítulo V, correspondiente a la discusión de resultados. A partir de este análisis previo, se presentan las conclusiones y recomendaciones, expuestas en los capítulos VI y VII respectivamente. Por último, en el capítulo VIII se presenta un apartado donde se indican las referencias de la investigación y en el capítulo IX se muestran los anexos empleados.

1.1. Descripción y formulación del problema

El SARS-CoV-2 es responsable de 691.228.421 casos confirmados y 6.898.447 muertes en todo el mundo; sin considerar los reportes acerca de síntomas persistentes de naturaleza crónica, a pesar de haberse recuperado del COVID-19 (Abdel-Gawad et al., 2021). Por ende, resulta en una emergencia de salud pública mundial debido a que existen la precariedad de recursos organizacionales en los sistemas de salud; debido a esto, existen deficiencias técnicas en la implementación de medidas en la prevención y cómo predecir efectos negativos que repercuten en su salud física y mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Según Lozano (2020) los problemas que comúnmente atraviesa toda persona durante su desarrollo psicosocial dañan su equilibrio psicológico, entonces, la salud psicológica de la personas se vio especialmente susceptible a todas las consecuencias que trajo consigo la pandemia y provoco en ella depresión y estrés (Huarcaya, 2020), afectando la funcionalidad laboral del 20% de las personas afectadas, con consecuente incremento de los costes sanitarios (Jácome, 2020); una realidad que afecta al personal asistencial carente de recursos como

factores de protección para poder lidiar con problemáticas presentes en su centro laboral, incluso su relación coste-beneficio, en la que el cumplimiento de funciones pone en riesgo su integridad.

En nuestro país se hace más plausible la paupérrima situación por la que atraviesan los diferentes órganos de salud, la afectación se da en el sector público y posteriormente en la población en general, las consecuencias se dan con mayor intensidad en personal asistencial del sector público al verse expuestos directamente en la atención a pacientes durante la crisis sanitaria debido al riesgo implícito para su círculo familiar (Castro, 2020).

En los últimos tiempos, la salud psicológica de las personas viene cobrando mayor relevancia y en especial del personal asistencial quienes brindan atención a la sociedad para un mayor crecimiento y desarrollo de esta. Ante la pandemia que afecta a todo el mundo, cobra mayor importancia el fortalecimiento de habilidades que nos ayuden a enfrentar los daños perjudiciales que aparecen durante el confinamiento, tales como el miedo por contagio y el duelo por familiares y conocidos; entonces se encuentra que una de las principales habilidades para poder combatir estas amenazas son las estrategias de afrontamiento que contribuyen al desarrollo psicosocial de los trabajadores.

Diversas investigaciones inciden en problemáticas tales como el estrés, depresión, y principalmente agotamiento laboral en sector salud, siendo la tendencia media a alta desde el inicio de la pandemia, estas se estudiaron y trabajaron para poder proveer de conocimientos a la comunidad y que las direcciones integradas de salud puedan habilitar factores protectores como lo son las habilidades de resiliencia, pausas activas y mindfulness.

Por tal razón, la presente investigación busca relacionar y describir las diferencias de afrontamiento en médicos, psicólogos, obstetras, enfermeros, dentistas, nutricionistas, farmacéuticos y técnicos del Hospital de Apoyo Yunguyo nivel I-3 con condiciones intrahospitalarias como hacinamiento en pandemia y que lidian con otras enfermedades

complejas, socioculturalmente también se ven expuestos a la atención de usuarios extranjeros y la lejanía de sus familiares, y que además dicha población tiene características similares con estudios previos realizados en el país que arrojaron resultados positivos para el incremento de burnout, ansiedad, depresión y estrés debido a la atención de pacientes durante situación COVID-19, por todo lo anteriormente dicho los datos que resulten de dicha investigación repercutirán en el desarrollo de nuestra sociedad.

Como se mencionó anteriormente, la presente investigación responderá las siguientes preguntas que impulsan el estudio, tomando en cuenta los hallazgos de los estudios revisados y la consideración teórica realizada.

1.1.1. Problema General

1. ¿Existe relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno?

1.1.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel del síndrome de burnout general y de las dimensiones en personal asistencial de un hospital de Puno?
2. ¿Cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el personal de salud de un hospital de Puno?
3. ¿Cuáles son las diferencias en el nivel del síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión?
4. ¿Cuáles son las diferencias de las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión?
5. ¿Cuáles son las diferencias entre los 3 niveles de síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno?

6. ¿Existe relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno?

1.2. Antecedentes

La investigación actual se basa en investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con las variables investigadas, así como con diversas poblaciones.

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Escalante (2023) analizó las estrategias de afrontamiento y el síndrome de agotamiento en 40 enfermeras intensivistas del Hospital Alberto Sabogal. Presentó enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental y correlacional. Se utilizaron los inventarios de afrontamiento y de Maslach. Se encontró que el 55% de los evaluados tenían niveles altos y medios el 45%, además el 52,5 % de los evaluados totales tenían niveles altos y el 47,5 % tenían niveles medios.

Gonzales y Tapia (2022) analizaron cómo las enfermeras que trabajan en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray enfrentan el síndrome de agotamiento y sus estrategias de afrontamiento. Presentó un diseño descriptivo correlacional no probabilístico analizó a 36 enfermeras. Se concluyó que existe relación inversamente proporcional. El 55.6% de profesionales tenía síndrome de agotamiento de nivel medio y estrategias de afrontamiento inadecuadas; el 27.8% tenía síndrome de agotamiento de nivel bajo y estrategias de afrontamiento adecuadas.

Calapuja y Choque (2022) estudiaron las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de cansancio en 80 docentes de instituciones educativas secundarias del departamento de Puno. Presentó diseño cuantitativo, de delineación no práctica, de corte transversal y correlacional. Se eligió a los participantes no por probabilidad sino por conveniencia, el 61.3% eran varones y el 38.8% eran mujeres. Los hallazgos revelaron que hombres y mujeres experimentan niveles comparables de estrategias de afrontamiento del

estrés, con la excepción de la utilización de apoyo social y religioso, que es más comúnmente empleado por las mujeres.

Huallpa y Ortiz realizaron una investigación descriptiva transversal y correlacional en 2019 en 26 enfermeras de UCI de un hospital público y una clínica privada en Arequipa. El estudio usó la Escala de Estrés de Atención (NSS) y el Inventario de Respuesta de Afrontamiento (CRI) como base para su diseño de investigación. Se indica una correlación notable entre las dos variables (Chi cuadrado 0,013). Se evidencia un nivel moderado de estrés laboral, derivado de factores como carga laboral excesiva, duelo, presenciar el dolor de otros y falta de apoyo. De manera similar, existe un nivel moderado de mecanismos de afrontamiento, que incluyen el empleo de análisis lógico, la participación en una reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo, orientación y la implementación de técnicas de resolución de problemas.

Asto (2019) examinó los niveles de afrontamiento al estrés de 101 enfermeros internos. La investigación posee un enfoque cuantitativo, un diseño transversal y un tipo descriptivo. El instrumento utilizado contiene 42 preguntas. Se descubrió que, en las dimensiones de problema, el 17.8% era inadecuado; en reevaluación positiva, el 27.7% era inadecuado; en apoyo social, el 25.7% era inadecuado; en expresión emocional abierta, el 14.9% era inadecuado; en autocentración negativa, el 30.7% era inadecuado; y en evitación, el 24.8% era inadecuado. Se concluyó entonces que el nivel de afrontamiento fue de nivel regular.

Melgarejo (2017) realizó un estudio con 123 empleados que laboran en la subgerencia de programas sociales y de salud del municipio de Puente Piedra para explorar cómo afrontan al agotamiento y su impacto en su bienestar psicológico. La investigación siguió un diseño transversal básico y no experimental. Se concluyó que el afrontamiento comúnmente empleado era enfocando el problema, mientras que estrategias menos usadas incluían planificación de actividades, búsqueda de apoyo social, afrontamiento activo y el recurso a la religión. Además, una relación directa entre afrontar el estrés y el nivel de bienestar psicológico.

Ramírez (2016) examinó minuciosamente los niveles de síndrome de agotamiento y las estrategias de afrontamiento entre enfermeras de UCI, con los instrumentos MBI y el CAE. Se descubrió que el nivel medio del síndrome de agotamiento es del 69 %, con tendencia a aumentar, que indica un riesgo de afectar su bienestar. Se descubrió que las estrategias de mayor uso fueron las conductuales, con un enfoque en estrategias de apoyo y centradas en soluciones.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Moisoglou et al. (2024) investigaron acerca de la relación del apoyo social, la resiliencia y el agotamiento laboral en 963 enfermeras en Grecia contexto post-COVID-19 usando la escala multidimensional, la escala de resiliencia breve y la escala de agotamiento, respectivamente. Se presentaron niveles altos de apoyo social, resiliencia y niveles moderados tanto de agotamiento por la pandemia de COVID-19 como de agotamiento laboral. Se relacionó el aumento de apoyo social con reducción del agotamiento por pandemia, además de una relación negativa entre apoyo social y agotamiento laboral, resiliencia negativa con agotamiento laboral.

Brückner et al. (2024) indagaron el burnout en 18 médicos que trabajan en una unidad de maternidad en Namibia. Este estudio tuvo como objetivo explorar los impulsores, las experiencias y el impacto de los síntomas de agotamiento entre los médicos de este departamento, y los mecanismos de apoyo actuales implementados. El riesgo de burnout se evaluó mediante la Burnout Assessment Tool, se obtuvo como resultado que más de la mitad de los participantes estaban en riesgo o tenían un riesgo muy alto de burnout.

Riese et al. (2024) evaluaron la efectividad de una intervención para 27 residentes de psiquiatría de Toledo en Estados Unidos para mejorar la resiliencia y reducir el agotamiento. Se usó un programa de seis sesiones que incluía atención plena, autorregulación y estrategias de afrontamiento. Se usaron evaluaciones estandarizadas que midieron el estrés percibido, la

atención plena, el bienestar laboral, el agotamiento y la resiliencia antes y después del programa. Los residentes que experimentaron agotamiento mejoraron significativamente los indicadores de agotamiento. La atención plena fue un componente importante de este programa, ya que los residentes que adquirieron habilidades de atención plena también redujeron las puntuaciones en los indicadores de agotamiento después del programa.

Soledad y López (2022) investigaron acerca de la relación entre factores de riesgo psicosociales intralaborales y síndrome de agotamiento en 71 psicólogos que trabajan desde casa. Se presenta una investigación no experimental. Se hace uso del cuestionario de factores de riesgo psicosociales intralaborales y escala EDO. Se concluyó que el riesgo alto de burnout se correlaciona de manera positiva con niveles de agotamiento, asociados a factores de riesgo psicosociales intralaborales.

Canales et al. (2021) en pandemia por Covid-19, se llevó a cabo una investigación para explorar cómo afrontan el estrés 15 profesionales de enfermería del sector público. Utilizó un enfoque mixto, naturaleza descriptiva y sin elementos experimentales. Para medir estrategias de afrontamiento y niveles de estrés percibido, los investigadores emplearon la escala EEC-M y la escala de estrés percibido [EEP-10] creada por Vera y madera (2004). Los hallazgos revelaron que las enfermeras emplearon diversas estrategias como la evitación emocional, la reacción agresiva y la autonomía. A pesar de las importantes cargas emocionales durante la crisis de Covid-19, estos hallazgos demuestran la dedicación y resiliencia de estos profesionales de la salud.

Osorio et al. (2021) examinó a 60 participantes del personal asistencial, con el fin de determinar la conexión entre sus mecanismos de afrontamiento y el grado de agotamiento. Para este estudio se utilizaron el CAE y la Encuesta MBI-HSS. Los resultados revelaron que el 79% experimentó bajo desgaste emocional, el 64% informó baja despersonalización y el 71% expresó una alta realización profesional según las evaluaciones del MBI-HSS. Según el CAE

se indicó que se usaron las estrategias racionales con mayor frecuencia. Además, se encontraron correlaciones positivas significativas en varios dominios de los instrumentos de evaluación.

En Argentina, Popp (2008) investigó la relación entre las estrategias de afrontamiento con el síndrome de burnout en un grupo de 53 enfermeras (UCI). Estas, comprendidas entre 24 y 54 años. Los hallazgos revelaron una correlación notable entre las dimensiones de despersonalización y bajo logro personal. Se observó que las enfermeras que experimentaron niveles más bajos de agotamiento tendían a emplear mecanismos de afrontamiento. Además, tomaron activamente medidas para abordar y resolver la problemática.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel del síndrome de burnout general y de las dimensiones en personal asistencial de un hospital de Puno.
2. Identificar el tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el personal asistencial de un hospital de Puno.
3. Diferenciar los niveles del síndrome de burnout en el personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.
4. Comparar la estrategia de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.

5. Comparar las diferencias entre las 3 dimensiones del síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno.
6. Determinar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno.

1.4. Justificación

Justificación teórica:

La presente ampliará los conocimientos del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un Hospital de Puno, además de contribuir con antecedentes científicos por medio de los resultados obtenidos y fomentar estudios centrados en el desarrollo. En un marco de tiempo distintivo, el presente estudio tiene una importancia significativa debido a los diversos desafíos que surgieron. Sirve como un valioso aporte al desarrollo continuo de la guía técnica de apoyo en salud mental para trabajadores de la salud.

Justificación práctica:

En tal sentido, los resultados de la investigación tendrán implicaciones prácticas en una correcta interpretación de la variable burnout y la posterior intervención, diseño e implementación de programas para prevenir y/o reducir las consecuencias del agotamiento laboral en profesionales del sector salud. De esta manera, los resultados del estudio tienen una relevancia en el ámbito clínico, pues permite tener una visión mucho más clara acerca de la situación de los prestadores de servicio dentro del sistema nacional de salud, concientizando y evidenciando la prioridad de atención del síndrome de agotamiento con estrategias de afrontamiento como herramienta indispensable para una adecuada atención y manejo de emociones de los trabajadores del sector salud.

Justificación social:

Finalmente, las redes de salud se beneficiarán con los datos obtenidos acerca de las dos variables en personal asistencial. Estos datos darán pie a lograr un adecuado desarrollo de habilidades psicosociales y prevenir conductas perjudiciales en el marco del MINSA “Normatividad sobre salud mental”, en beneficio de profesionales de la salud y de la población.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Ha: Existirá relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud de un hospital de Puno.

Ho: No existirá relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud de un hospital de Puno.

1.5.2. Hipótesis específicas

H1: El nivel de síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno será alto, con predominio de la dimensión Agotamiento emocional.

H2: El tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el personal asistencial de un hospital de Puno será racional.

H3: Existirán diferencias en el nivel del síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.

H4: Existirán diferencias en la estrategia de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.

H5: Existirán diferencias entre las 3 dimensiones del síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno.

H6: Existirá relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud de un hospital de Puno.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Estrés

La American Psychological Association (APA, 2020) define al estrés como una respuesta psicológica y cuando nos enfrentamos a situaciones desafiantes que superan la capacidad de un individuo para afrontarlas, el cuerpo y la mente responden a presiones tanto internas como externas. Esta respuesta se evidencia en diferentes manifestaciones como síntomas emocionales y conductuales.

Vásquez-Valverde (2003) menciona que el término "factor estresante" engloba cualquier elemento que induzca estrés en un individuo. Si bien las enfermedades se reconocen comúnmente como factores estresantes, otros factores, como los eventos sociales, familiares o emocionales, también pueden contribuir al estrés. Estos se clasifican como propios o ajenos. Los factores estresantes internos se originan dentro de un individuo y pueden incluir condiciones físicas como fiebre o embarazo, así como estados emocionales como la culpa. Por otro lado, los factores estresantes externos surgen de cambios en la dinámica sociofamiliar, desprestigio de pares o cambios abruptos de temperatura.

Según National Institute of Occupational Safety and Health (1999), el concepto de estrés puede describirse como el estado en el que el equilibrio de un individuo se ve amenazado, ya sea por tensión fisiológica o psicológica. Este estado de desequilibrio puede alterar el estado natural de equilibrio del cuerpo, provocando emociones perjudiciales y sugerencias contraproducentes. Además, el estrés tiene el potencial de comprometer el bienestar psicológico, de afectar sus relaciones con los demás, incluida su perspectiva general de vida y su actitud hacia personas amadas.

Hans Selye (1926; citado en Díaz, 2010) mencionó que el estrés abarca la reacción o conducta ante un determinado factor que induzca estrés. Además, fue el pionero en distinguir

entre diferentes categorías de estrés. Eustress, también conocido como estrés positivo, presenta a las personas desafíos que les sirven como motivación para esforzarse y lograr sus objetivos. Por otro lado, la angustia o estrés negativo surge de circunstancias estresantes prolongadas que tienen efectos perjudiciales sobre el bienestar de uno.

Lazarus y Folkman (1986) mencionaron que “estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, significando para él como amenazante, que sobrepasa sus límites y pone en peligro su bienestar”, entonces, es necesario para vivir, y a pesar de que pueda ser causa del deterioro de la salud, el problema en sí mismo no es el estrés sino la manera en cómo se pueda reaccionar ante dicho proceso.

La OMS (2004) en el informe “La Organización del trabajo y el estrés” menciona que el “burnout” es una disposición de las personas frente a problemáticas laborales que no se ajustan a sus aptitudes y actitudes. Si bien es imprescindible poder tener cierta carga laboral, estrés, para poder mantener procesos atencionales adecuados para cumplir con un rendimiento óptimo, esto puede desencadenar problemas de salud mental a largo plazo si permanece mucho más tiempo sin llegar a controlarse, liberarse o transformarse, en consecuencia, a estos altos niveles de estrés en el trabajo se le conocerá en adelante como síndrome de burnout. Se entiende que el estrés es una reacción común y temporal, mientras que el síndrome de burnout es un estado de agotamiento crónico que requiere atención y manejo específico para prevenir sus efectos a largo plazo.

2.1.2. Síndrome de Burnout

A. Definición. En su clasificación de enfermedades, la OMS (2019) describió el síndrome de agotamiento laboral como un trastorno emocional. Es un estado crónico de agotamiento emocional, físico y mental causado por el estrés laboral prolongado, sin el manejo o descanso adecuados.

Maslach y Leiter (2016) describe al síndrome de burnout como una condición en la que las personas que participan en diversas actividades que involucran interacciones interpersonales experimentan agotamiento emocional.

Según Gil (1997) y Cebria (2001), el concepto de síndrome de burnout carece de una definición universalmente aceptada, pero puede entenderse como una reacción al estrés prolongado en el lugar de trabajo. Se manifiesta como un fenómeno interno y subjetivo, que abarca emociones, actitudes y acciones que se desvían de lo que se considera apropiado para el individuo como para la sociedad.

Freudenberger (1974) menciona que el concepto de burnout puede describirse como un estado de sensación de agotamiento y agotamiento, derivado de una carga excesiva sobre la energía, los recursos personales o el bienestar espiritual. En 1978, Pines y Kafry caracterizaron al síndrome como un evento integral de agotamiento, tanto físico como emocional.

Se mencionan dos puntos de vista en Aranda (2005) y Ramos (1999), orientación clínica que la define como un estado en el que un individuo en particular se encuentra como resultado del estrés que experimenta debido a su trabajo y la psicosocial se forma por conjunción de los espacios laborales y propios.

Maslach y Jackson (1981) conceptualizan al burnout como síndrome caracterizado por despersonalización, agotamiento emocional y sensación de insatisfacción en individuos cuyo desempeño laboral gira torno a la interacción con personas de diversos ámbitos.

El índice CIE-10 describe el síndrome de agotamiento como "Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)", en la categoría de "Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida", demuestra así su relevancia en el campo clínico.

B. Fases del síndrome de burnout. En 2007, Ortega et al. proponen tres etapas de desarrollo del síndrome de agotamiento.

B1. Primera fase. Implica el desafío de equilibrar las demandas laborales con las propias capacidades psicológicas y físicas. Es crucial abordar esta fase implementando habilidades para la solución de problemáticas y formas de relajación.

B2. Segunda fase. Conocida como exceso o sobreesfuerzo, se caracteriza por síntomas como fatiga, irritabilidad, tensión y ansiedad mientras los individuos se esfuerzan por superar las dificultades que enfrentan. Para afrontar eficazmente esta fase, es esencial incorporar técnicas de orientación y relajación al repertorio de afrontamiento.

B3. Tercera fase. Durante esta etapa, el sujeto sufre una importante transformación en su comportamiento y actitud, llevándole a enfrentarse defensivamente tanto a sus compañeros como a sí mismo, siendo muy recomendable la psicoterapia.

2.1.3. Modelos del síndrome de burnout

Carlin y Garcés de los Fayos-Ruiz (2010) presentaron dos perspectivas sobre el concepto de agotamiento conceptual: La clínica valora que ocurre cuando un trabajador experimenta estrés laboral excesivo y factores psicosociales de riesgo. Por otro lado, la psicosocial ve el burnout como la interacción entre factores relacionados con el trabajo y características individuales. En esencia, el burnout es la consecuencia cuando las maneras habituales para afrontar problemáticas laborales resultan ineficaces.

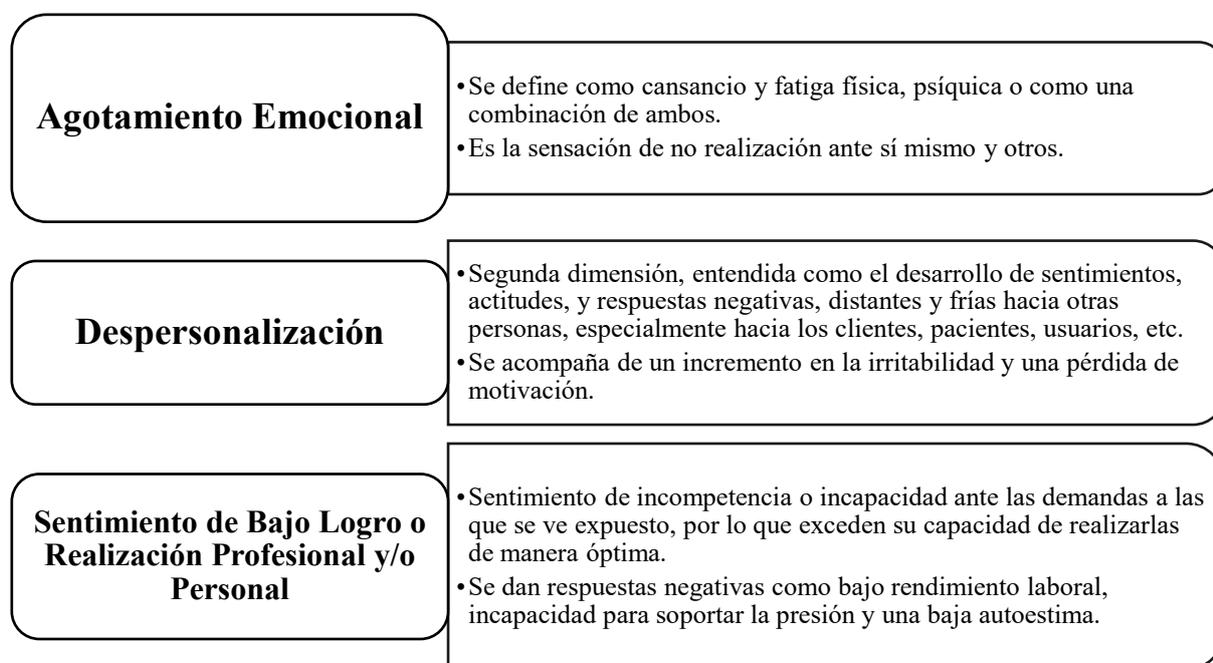
En 2014, Maruy et al. discutieron varios rasgos de personalidad, incluido el perfeccionismo, la inhibición emocional, la dificultad para decir no a demandas excesivas, habilidades limitadas para resolver problemas, sentimientos de insuficiencia y tendencias obsesivo-compulsivas. También destacaron la insuficiente formación profesional, la falta de experiencia práctica y la ausencia de técnicas de autorregulación emocional y pensamiento crítico.

Según la investigación de Piña (2005), el síndrome de burnout está influenciado por diversos factores. Estos incluyen el entorno socioprofesional, que implica las crecientes exigencias que se imponen al personal de salud. Además, el nivel organizacional juega un papel importante, ya que no se reconocen a los empleados en función de su desempeño. Las relaciones interpersonales también contribuyen al agotamiento, especialmente cuando los compañeros comparten tensión prolongada. A nivel individual, la personalidad puede influir en el mantenimiento de relaciones conflictivas. Por último, el marco contextualizado del estrés laboral hace referencia al uso de mecanismos de afrontamiento ineficaces frente a este.

El concepto de síndrome de agotamiento ha evolucionado con el tiempo, e investigadores posteriores como Maslach y Jackson lo identificaron como una condición multidimensional marcada por fatiga emocional, disminución de la identidad personal y disminución del sentido de logro.

Figura 1

Explicación de las categorías del síndrome de burnout



Nota: Adaptado de la investigación *The measurement of experienced burnout* de Maslach, C. y Jackson, S. del 1981.

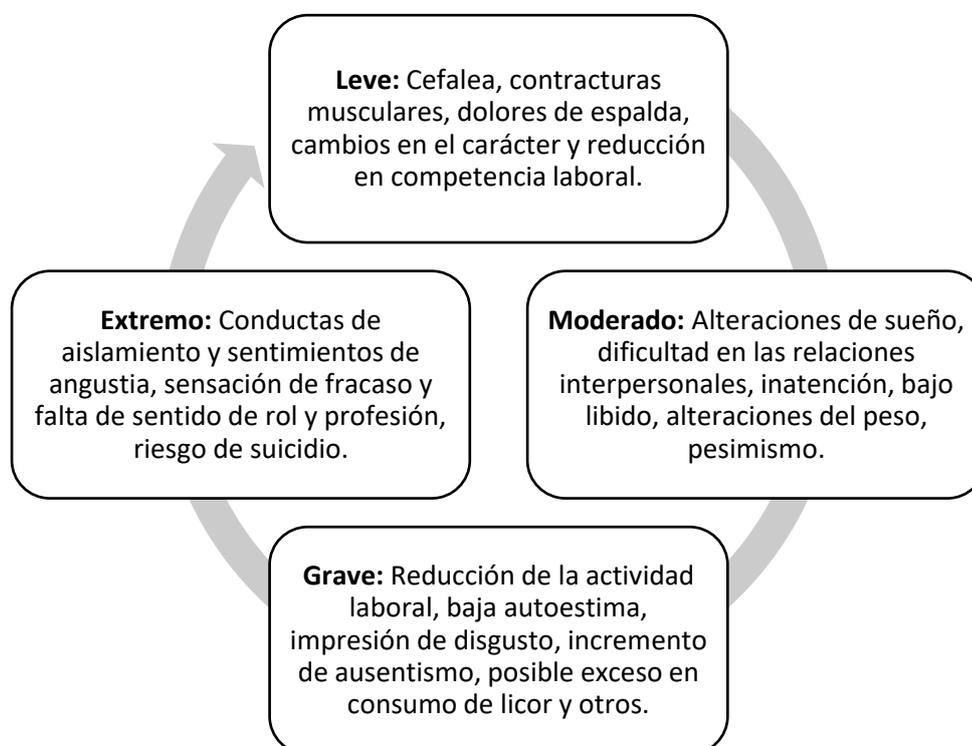
Sin embargo, Ramos (2016) sostiene que ciertos rasgos de personalidad, incluida la psicorrigidez, la inmadurez emocional, la inseguridad y la inestabilidad, también pueden contribuir al desarrollo del agotamiento. Además, la edad y el género influyen, ya que las mujeres son menos propensas a sufrir agotamiento y las jornadas de trabajo prolongadas pueden intensificar el agotamiento emocional. Por último, Basset y Estévez (2012) destacan varios factores que pueden conducir al agotamiento, como turnos irregulares, cargas de trabajo excesivas, horarios desafiantes, remuneraciones inadecuadas y responsabilidades abrumadoras.

2.1.4. Clasificación del síndrome de burnout

En 2016, Ramos clasifica al síndrome de agotamiento, como se muestra en la siguiente tabla:

Figura 2

Explicación de las categorías del síndrome de burnout



Nota: Adaptado del libro “El Síndrome de Burnout” de Ramos, F. del 1999.

2.1.5. Intervención del síndrome de burnout

Koutsimani et al. (2019) describen el modelo según la Terapia Cognitivo Conductual y la estructuran de la siguiente manera:

A. Evaluación Inicial. La intervención comienza con una evaluación exhaustiva del individuo y la presencia de factores de riesgo laborales, puede incluir:

A1. Entrevistas clínicas. Experiencias y sentimientos del individuo.

A2. Cuestionarios estandarizados. Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir burnout.

A3. Evaluación de antecedentes laborales y personales. Identificar posibles fuentes de estrés.

B. Reestructuración cognitiva. Una de las técnicas clave utilizadas en la TCC es la reestructuración cognitiva, para reconocer y alterar pensamientos distorsionados que pueden provocar un aumento del agotamiento.

B1. Identificación de pensamientos. El terapeuta colabora con ellas para reconocer y abordar los pensamientos automáticos que surgen durante circunstancias difíciles.

B2. Desafío y modificación de pensamientos distorsionados. Se enseñan técnicas para cuestionar la validez de estos pensamientos y reemplazarlos por pensamientos más realistas y positivos.

B3. Registro de pensamientos. Se utiliza un diario de pensamientos para ayudar a los individuos a monitorear y cambiar sus patrones de pensamiento.

C. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Esta parte de la intervención se centra en enseñar a los individuos nuevas habilidades para manejar el estrés y reducir el burnout.

C1. Resolución de problemas. Se enseña a los individuos a abordar los problemas de manera sistemática y eficaz, dividiéndolos en partes manejables y generando soluciones prácticas.

C2. Gestión del tiempo. Se proporcionan técnicas para organizar y priorizar tareas, ayudando a los individuos a gestionar mejor su carga de trabajo y reducir el estrés.

C3. Asertividad. Se entrena a los individuos en comunicación asertiva para expresar sus necesidades y deseos de manera efectiva sin generar conflictos.

D. Exposición gradual. La exposición gradual es una técnica basada en enfrentar situaciones estresantes de manera controlada y progresiva.

D1. Jerarquía de exposición. Se ordenan situaciones estresantes, de menor a mayor ansiedad.

D2. Exposición controlada. El individuo se expone de manera gradual a estas situaciones, comenzando con las menos estresantes y avanzando hacia las más desafiantes.

D3. Desensibilización sistemática. A medida que el individuo se expone repetidamente a estas situaciones, la ansiedad disminuye y la tolerancia aumenta.

E. Apoyo Continuo. El apoyo continuo es crucial para mantener conductas de afronte en un mayor espacio temporal.

E1. Sesiones de seguimiento. Se programan sesiones periódicas para revisar el progreso, abordar cualquier problema recurrente y ajustar las estrategias de afrontamiento según sea necesario.

E2. Refuerzo positivo. Se proporciona retroalimentación positiva para reforzar los avances y motivar al individuo a continuar utilizando las habilidades aprendidas.

E3. Plan de mantenimiento. Se desarrolla un plan de acción a largo plazo para prevenir recaídas y gestionar el estrés de manera efectiva en el futuro.

2.1.6. Estrategias de afrontamiento

Lazarus (1966) menciona que las estrategias aportan a la flexibilidad y afronte frente a situaciones problemáticas, es así como la persona reflexiona y dirige sus actividades frente a diversas problemáticas con las habilidades y experiencias de las que disponga.

2.1.7. Antecedentes acerca de las estrategias de afrontamiento

En 1986, Girdano y Everly realizaron la construcción de dos estrategias: la adaptativa, que mermará el estrés a largo plazo y beneficia la homeostasis, y la inadaptativa, que mermará el estrés a corto plazo, pero daña el equilibrio a largo plazo. En el mismo año, Roth y Cohen mencionaron que al emplearse una estrategia, se ponen en marcha una respuesta de acercamiento al dilema y otra de alejamiento.

En 1997, Fernández-Abascal definió los estilos de afrontamiento como las diversas estrategias que adoptan los individuos ante un problema. En 1986 Folkman y Lazarus explicaron además que cuando se enfrentan a una situación estresante atraviesan por una evaluación de dos etapas: primero, evalúan la situación para determinar su relevancia, o nivel de estrés; en segundo lugar, evalúan sus propias capacidades de afrontamiento. Esta evaluación se puede realizar de dos formas: afrontamiento focalizado en la problemática, que implica analizar la disposición y buscar una resolución, y centrado en la emotividad, que regulará las emociones, ambos enfoques funcionan en conjunto.

En este estudio particular, se empleará la definición propuesta por Lazarus y Folkman (1986). Según su definición, las estrategias de afrontamiento se caracterizan como un esfuerzo cognitivo y conductual destinado a gestionar eficazmente los desafíos presentados por factores estresantes tanto internos como externos. Estos factores incluyen recursos relacionados con la salud, creencias, sobre uno mismo, habilidades sociales motivación y habilidades para resolver

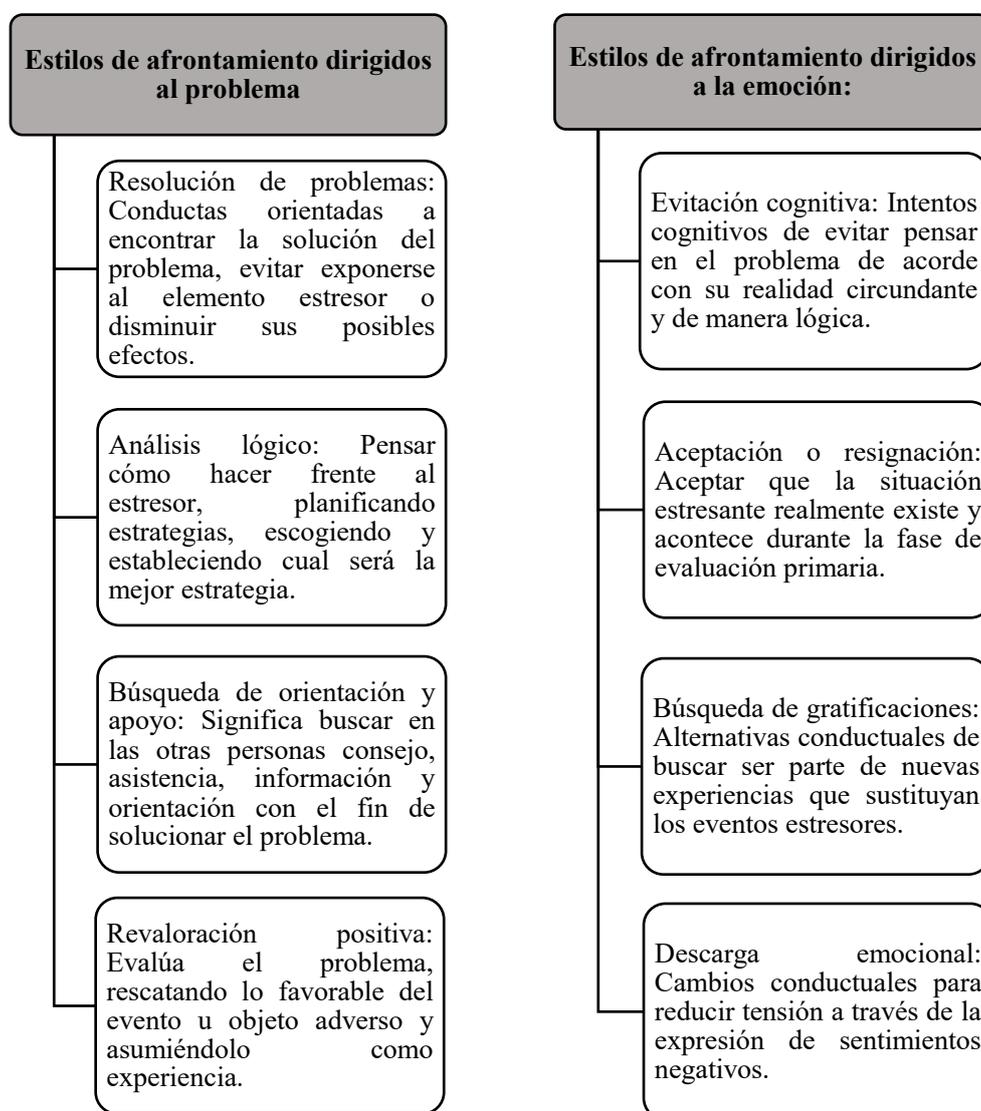
problemas. Es importante señalar que las "estrategias de afrontamiento" se refieren a conductas conscientes, mientras que los "mecanismos de defensa" pertenecen a procesos inconscientes.

2.1.8. Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, según Lazarus y Folkman, basándonos en el Modelo Transaccional del Estrés.

Tabla 1

Tipos de estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman



Nota. Adaptado del libro "Estrés y procesos cognitivos de Lazarus", R. y Folkman, S. del 1986.

2.1.9. Importancia de las estrategias de afrontamiento en los profesionales de salud

Las estrategias de afrontamiento son cruciales para los profesionales debido a la naturaleza altamente estresante de su trabajo. Las investigaciones recientes destacan varios aspectos clave. De Oliveira et al. (2019) se ha demostrado que la implementación de estas técnicas tiene un impacto sustancial en el alivio del estrés y la prevención del agotamiento en los profesionales sanitarios. Al emplear métodos adaptativos, como buscar apoyo social y participar en una planificación eficaz, las personas pueden experimentar una disminución notable del desgaste afectivo y cognitivo. McTiernan y McDonald (2015) en su investigación detallan que la implementación de estrategias de afrontamiento también mejora la dicha general del personal asistencial, ayudándolos a mantener un equilibrio emocional y una mayor satisfacción laboral. Asimismo, Szcześniak et al. (2020) plantean que habilidades como la reorganización de esquemas cognitivos y la focalización en soluciones pueden aumentar la eficacia profesional para manejar situaciones complejas y desafiantes. Finalmente, Spoorthy, Pratapa y Mahant (2020) determinaron que las estrategias de afrontamiento efectivas son fundamentales para el fomento de la salud psicológica en trabajadores de salud, reduciendo el riesgo ansiedad.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Según la clasificación de Arnau (1975), la presente investigación corresponde a una no experimental con un diseño correlacional. Además, según la clasificación de Hernández et al. (2014), la presente investigación posee un enfoque cuantitativo, donde nos permiten obtener resultados confiables y precisos a base de estadísticos de corte transversal, donde se busca determinar las características de determinado suceso en un tiempo establecido, así mismo no se manipula ninguna variable y se recopilan los datos en el tiempo establecido.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La recopilación de datos se ejecutó de enero a abril de 2022, elegido específicamente como período de muestreo. En cuanto al aspecto geográfico, el estudio se elaboró en el Hospital de Apoyo de Yunguyo ubicado en el departamento de Puno, fronterizo con Bolivia.

3.3. Variables

3.3.1. *Síndrome de burnout*

3.3.1.1. Definición conceptual: Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981).

3.3.1.2. Definición operacional: Nivel resultante de la aplicación del Cuestionario De Maslash (Maslach y Jackson, 1981), la variable del estudio fue operacionalizada siguiendo criterios específicos (ver Anexo A, Tabla A1 para más detalles).

3.3.2. *Estilo de Afrontamiento*

3.3.2.1. Definición conceptual: Estrategias cognitivas y conductuales usadas para disminuir los factores de riesgo ante eventos estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).

3.3.2.2. Definición operacional: Categoría obtenida en la administración del Cuestionario Afrontamiento Del Estrés Modificado - CAE (Sandín y Chorot, 2003), la variable del estudio fue operacionalizada siguiendo criterios específicos (ver Anexo A, Tabla A2 para más detalles).

3.4. Población y muestra

76 profesionales de la salud que laboran en un hospital de Puno conformaron la población de edades entre 18 a 59 años entre hombres y mujeres. Para este estudio en particular, se empleó una muestra censal la cual implica incluir a toda la población para obtener resultados precisos, eliminando el error muestral (Hernández-Sampieri et al., 2014). Referente a la cantidad se deduce que se pueden usar pequeñas muestras si estas son específicas y únicas en el ámbito clínico (Lewis, 1995). Además, se usaron criterios de inclusión y exclusión.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Personal asistencial nombrado que labore de enero a abril del año 2022.
- Personal asistencial con contrato vigente de enero a abril del año 2022.
- Personal asistencial que haya firmado el consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Personal asistencial que haya renunciado y no labore de enero a abril del año 2022.
- Personal asistencial que se encuentre en vacaciones y/o descanso médico o forzado en el periodo de enero a abril del año 2022.
- Personal asistencial que no haya firmado el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario De Maslach Burnout Inventory Human Services Survey – MBI HSS

La escala de Maslach y Jackson, desarrollada en 1981, fue creada para investigar más a fondo el síndrome de burnout. Esta escala posee 22 ítems afirmativos, puntuados en escala

tipo Likert de 0 a 6. Se ha encontrado que tiene un alto nivel de consistencia interna, con un coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach de 0,86. El principal objetivo de esta escala es evaluar el desgaste profesional y las tres dimensiones del síndrome de burnout.

La primera dimensión, agotamiento emocional, se evalúa a través de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Mide el nivel en que las personas perciben agotamiento emocional por exigencias laborales, con máxima puntuación de 54. La segunda dimensión, despersonalización, se evalúa a través de 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22). Mide el nivel en que las personas reconocen sus actitudes de frialdad y distanciamiento, con una puntuación máxima de 30. Finalmente, la tercera dimensión, realización personal, se evalúa a través de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Mide el grado en que los individuos se sienten agradecidos debido a la realización laboral, con una puntuación máxima de 48.

Para el estudio, se consideró la edición del cuestionario MBI – Human Services porque valora las diferencias específicas de la muestra. La investigación "Prevalencia del síndrome de agotamiento en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014", de Maticorena-Quevedo et al., incluye un análisis bibliográfico sobre el cuestionario de Maslach. Según el estudio, estos valores predeterminados se usaron copiosamente en diversas investigaciones con fin de valorar el síndrome de agotamiento, lo que permite estandarizar el análisis del síndrome para su comparación en diferentes poblaciones o para su comparación en una misma población en distintos momentos, por lo que se recomienda su uso en población peruana.

Se actualizó la validez (consulte el Anexo E, Tabla E1) y la confiabilidad en la Tabla 2 de la muestra utilizada para esta investigación. La validez del instrumento corresponde al análisis de ítem-test, que confirma que los 22 ítems de la escala poseen correlación alta con $p=.000$. Además, la escala tiene un puntaje Alpha de Cronbach de .746 en general y entre .748 y .425 en las tres dimensiones, lo que indica que la escala es confiable.

Tabla 2

Estimaciones del coeficiente de confiabilidad del Inventario del síndrome de Burnout HSS

Dimensiones	Alpha de Cronbach	N° de ítems
Agotamiento emocional	.813	9
Despersonalización	.672	5
Realización positiva	.534	8
Síndrome de burnout	.746	22

3.5.2. Cuestionario Afrontamiento Del Estrés Modificado (CAE)

Desarrollado en 2003 por Sandín y Chorot y tiene 42 ítems con una escala Likert del 0 al 4, diseñado para evaluar la frecuencia de aplicación de dichos estilos. Se descubrió que las subescalas BAS, RLG y FSP tienen coeficientes superiores a 0,85 en términos de confiabilidad (consistencia interna), mientras que las subescalas EEA, EVT y EEP tienen coeficientes entre 0,71 y 0,76.

Abuid y Traverso (2017) utilizaron el instrumento en la Universidad Católica de San Pablo y recomiendan su uso y aplicación en grupos con grados de estudios categorizados. Los autores utilizaron su versión del instrumento como medida de autoinforme para evaluar siete estilos de afrontamiento en los profesionales de la salud. Una estructura de dos factores se mostró en un análisis factorial de segundo orden. Los estilos de afrontamiento racional (subescalas FSP, REP y BAS) y centrado en la emotividad (subescalas AFN y EEA) estaban representados.

Se actualizó la validez (consulte el Anexo E, Tabla E2) y la confiabilidad en la Tabla 3 de la muestra utilizada para esta investigación. La validez de la escala se confirmó mediante el análisis de ítem-test, que demostró una fuerte correlación de $p=.000$ con los 42 ítems del instrumento. Además, la confiabilidad de la escala se evaluó mediante el alfa de Cronbach, resultando en una puntuación de .698 para la escala global. Las siete dimensiones de la escala exhibieron una confiabilidad que oscila entre .221 y .794, lo que indica es confiable.

Tabla 3

Estimaciones coeficiente de confiabilidad del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Dimensiones	Alpha de Cronbach	N° de ítems
Focalizado en la solución del problema	.823	6
Auto focalización negativa	.645	6
Reevaluación positiva	.662	6
Expresión emocional abierta	.753	6
Evitación	.564	6
Búsqueda de apoyo social	.545	6
Religión	.742	6
Estrategias de afrontamiento	.698	42

3.6. Procedimientos

En primer lugar, se informó a la dirección del Hospital de Apoyo Yunguyo sobre los objetivos de la investigación y se solicitaron permisos pertinentes. Después de eso, se contactó a los coordinadores de cada área del hospital para establecer horarios de evaluación. En las fechas acordadas, se llegó a los sectores y se les entregó a los profesionales el consentimiento informado. En el consentimiento se detalló el propósito del estudio, se explicó cómo se

completaba el formulario, y se les permitió hacer preguntas. A los participantes de la investigación se les dieron las indicaciones necesarias y se solicitó que contestaran con sinceridad y seriedad.

Después de completar la fase de aplicación, se eliminaron las pruebas con más de tres respuestas omitidas y se detectó un patrón al marcar.

3.7. Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de datos obtenidos de las pruebas realizadas en las fechas especificadas. La normalidad analizada mediante Kolmogorov-Smirnov en las Tablas 4, 5, 6 y 7 indicaron una distribución normal ($p > 0,05$). En consecuencia, se emplearán estadísticas paramétricas para establecer la correlación entre los constructos y examinar diferencias significativas basadas en el sexo, edad y profesión. Específicamente, se utilizarán la prueba T, la prueba de Levene y el coeficiente de correlación de Pearson. Sin embargo, en la Tabla 8 no se observó una distribución normal entre las dimensiones de las variables de estudio ($p < 0,05$). Por lo tanto, se emplearán estadísticas no paramétricas, incluido el coeficiente de correlación de Spearman. Además, se determinó la correlación entre el análisis de ítems. Para evaluar la consistencia interna de los instrumentos se usó el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis de datos fue apoyado por el paquete estadístico SPSS (versión 25.0).

Tabla 4

Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio

Variables	K-S ^a	gl	Sig.
Síndrome de burnout	.078	76	.200*

Estrategias de Afrontamiento	.093	76	.166
------------------------------	------	----	------

Tabla 5

Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según sexo

Variable	Sexo	K-S ^a	gl	Sig.
Síndrome de burnout	Masculino	.107	22	.200*
	Femenino	.115	54	.071
Estrategias de Afrontamiento	Masculino	.131	22	.200*
	Femenino	.097	54	.200*

Tabla 6

Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según edad

Variable	Edad	K-S ^a	gl	Sig.
Síndrome de burnout	20 - 29	.131	29	.200*
	30 - 39	.149	20	.200*
	40 - 49	.138	19	.200*
	50 - 59	.337	8	.108
Estrategias de Afrontamiento	20 - 29	.138	29	.168
	30 - 39	.195	20	.145

40 - 49	.162	19	.200*
50 - 59	.173	8	.200*

Tabla 7

Prueba Kolmogórov-Smirnov de las variables de estudio según profesión

Variable	Edad	K-S ^a	gl	Sig.
Síndrome de burnout	Psicólogo	.431	5	.073
	Medico	.266	7	.144
	Obstetra	.287	13	.064
	Enfermero	.192	24	.063
	Dentista	.328	3	.121
	Nutricionista	.124	3	.074
	Farmacéutica	.229	6	.200*
	Técnico	.241	15	.069
Estrategias de Afrontamiento	Psicólogo	.195	5	.200*
	Medico	.197	7	.200*
	Obstetra	.209	13	.123
	Enfermero	.169	24	.073
	Dentista	.385	3	.075

Nutricionista	.276	3	.063
Farmacéutica	.312	6	.070
Técnico	.157	15	.200*

Tabla 8

Prueba Kolmogórov-Smirnov de las dimensiones de ambas variables

Variable	Dimensión	K-S	p
Síndrome de burnout	Agotamiento emocional	.114	.016
	Despersonalización	.115	.015
	Realización Personal	.079	.020
Estrategias de afrontamiento	Focalizado en la solución de problemas	.125	.005
	Auto focalización negativa	.141	.001
	Reevaluación positiva	.125	.005
	Expresión emocional abierta	.091	.018
	Evitación	.111	.022
	búsqueda de apoyo social	.100	.045
	Religión	.145	.000

3.8. Consideraciones éticas

Se respetaron los derechos de los participantes durante la evaluación de resultados de la investigación debido a los principios éticos de los estudios científicos. En esa línea, se participó de manera anónima. Además, para garantizar la transparencia de la investigación, se consideró al principio la legalidad y autenticidad de los datos entregados a la institución que utilizó los instrumentos. Los participantes recibieron información sobre el propósito, el proceso y las ventajas del estudio. Se trabajó de manera clara y precisa, y los objetivos de la investigación se explicaron adecuadamente al responder a los diversos cuestionamientos. Se destaca que la participación de los participantes no conllevaba adversidad, y que ningún participante recibió una compensación financiera. Finalmente, se respetó la privacidad de los partícipes al compartir los resultados solo con aquellos que lo solicitaron.

IV. RESULTADOS

4.1. Relación de las variables de estudio

Para hallar la relación entre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, ya que la distribución de las variables es normal (($p > 0.05$) (ver Tabla 4) donde existe una relación positiva muy baja y significativa entre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento ($r = 0.175$; $p < 0.05$).

4.2. Descripción de las variables de estudio

4.2.1. Síndrome de burnout

En las tablas 9 y 10, se mostrarán los estadísticos descriptivos de niveles y dimensiones de la variable síndrome de burnout. En la tabla 9 se observa que la mayor frecuencia corresponde al nivel Medio con 42 profesionales (55.3%), siendo el nivel predominante; mientras que la frecuencia más baja corresponde al nivel Alto con 1 profesional (1.3%).

Tabla 9

Niveles del Síndrome de burnout en profesionales de un hospital de Puno

Niveles	f	%
Bajo	33	43.4
Medio	42	55.3
Alto	1	1.3
Total	76	100.0

En la tabla 10 se evidencia que la dimensión predominante es Realización personal, mientras que la media más baja corresponde a la dimensión Despersonalización.

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del Síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno

Dimensión	N	\bar{X}	D.E.
-----------	---	-----------	------

Agotamiento emocional	76	16.78	9.114
Despersonalización	76	4.39	3.221
Realización personal	76	33.89	5.383

Nota. N= Total de sujetos, \bar{X} = Media, D.E = Desviación estándar

4.2.2. Estrategias de afrontamiento

En las tablas 11 y 12, se mostrarán los estadísticos descriptivos de los niveles en los tipos y de las dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento.

En la tabla 11 se observa que en el tipo de afrontamiento racional la mayor frecuencia corresponde al nivel Medio con 49 profesionales (64.5%), mientras que la menor frecuencia corresponde al nivel Alto con 7 profesionales (9.2%), mientras que en el tipo de afrontamiento emocional la mayor frecuencia corresponde al nivel Bajo con 60 profesionales (78.9%), siendo el nivel predominante; mientras que la frecuencia más baja corresponde al nivel Medio con 16 profesionales (21.1%).

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de los niveles en los tipos de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno

Tipo de afrontamiento	Nivel	f	%
Racional	Bajo	20	26.3
	Medio	49	64.5
	Alto	7	9.2
	Total	76	100.0
Emocional	Bajo	60	78.9
	Medio	16	21.1
	Total	76	100.0

En la tabla 12 se observa que la dimensión predominante es Focalizado en la solución de problemas, ya que indica la mayor media, mientras que la menor media responde a Expresión emocional abierta.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de los Estilos de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno

Dimensiones	N	\bar{X}	D.E.
Focalizado en la solución de problemas	76	15.41	3.974
Auto focalización negativa	76	7.39	3.213
Reevaluación positiva	76	14.07	3.951
Expresión emocional abierta	76	6.76	3.166
Evitación	76	15.32	3.689
Búsqueda de apoyo social	76	12.08	3.949
Religión	76	11.00	3.752

4.3. Comparación de las variables de estudio según sexo, edad y profesión del personal asistencial

Para encontrar las disimilitudes significativas se empleó estadística paramétrica con la Prueba de Levene y Prueba T de muestras independientes, ya que la distribución es normal entre las variables según sexo y edad es normal ($p > 0.05$).

En la Tabla 13 se observa que la significancia en la Prueba de Levene fue mayor a $p > 0.05$, por lo que se acepta que existen varianzas iguales. Por otro lugar, la Prueba T de muestras independientes fue menor a $p < 0.05$ en la variable síndrome de burnout, entonces, existen diferencias significativas entre las medias de las variables según sexo; mientras que en la variable de estrategias de afrontamiento la prueba T de muestras independientes fue mayor a $p > 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las variables según sexo.

Tabla 13

Prueba de Levene y Prueba T de muestras independientes para hallar diferencias significativas en las variables de estudio según sexo

Variable	Sexo	n	\bar{X}	D.E	Prueba de Levene		Prueba T	
					F	p	t	p
Síndrome de burnout	Masculino	22	40.91	15.228	4.506	.057	2.507	.014
	Femenino	54	32.98	11.238				
Estrategia de afrontamiento	Masculino	22	2.26	0.4345	0.524	.471	-.527	.600
	Femenino	54	2.32	0.5382				

En la Tabla 14 se evidencia que la significancia en la Prueba de Levene fue mayor a $p > 0.05$, por lo que se asumen que existen varianzas iguales. Por otra parte, la Prueba T de muestras independientes resulto mayor a $p > 0.05$ en la variable síndrome de burnout, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las variables según edad; así mismo, en la variable de estrategias de afrontamiento la prueba T de muestras independientes resulto mayor a $p > 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las variables según edad.

Tabla 14

Prueba de Levene y Prueba T de muestras independientes para hallar diferencias significativas en las variables de estudio según edad

Variable	Edad	n	\bar{X}	D.E	Prueba de Levene		Prueba T	
					F	p	t	p
Síndrome de burnout	18 - 44	57	36.54	13.368	.717	.400	1.492	.140
	45 - 59	19	31.47	10.982				
Estrategia de afrontamiento	18 - 44	57	81.65	13.368	1.078	.302	-.458	.648
	45 - 59	19	83.16	8.877				

A continuación, se evaluarán las comparaciones según profesiones de manera descriptiva para ambas variables. Estas presentan una normal ($p>0.05$) (ver Tabla 7).

En la Tabla 15 se evidencia que existe mayor preponderancia en los niveles medios de burnout en las profesiones de enfermería y obstetricia mientras que según el nivel alto se evidencia en la profesión de técnico de enfermería.

Tabla 15

Tabla cruzada entre el nivel del síndrome de burnout y profesión

		Nivel del síndrome de burnout			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Profesión del participante	Psicólogo	0	5	0	5
	Medico	0	7	0	7
	Obstetra	4	9	0	13
	Enfermero	8	16	0	24
	Dentista	3	0	0	3
	Nutricionista	0	3	0	3
	Farmacéutica	5	1	0	6
	Técnico	13	1	1	15
Total		33	42	1	76

En la Tabla 16 se evidencia que existe mayor preponderancia para el uso de estrategias de afrontamiento según tendencia media en las profesiones de obstetricia y medicina mientras que según tendencia alta las profesiones que las usan son los de psicología y obstetricia.

Tabla 16

Tabla cruzada de la tendencia de estrategias de afrontamiento y profesión

		Tendencia Estrategias Afrontamiento			Total
		Baja	Media	Alta	
Profesión del participante	Psicólogo	0	2	3	5
	Medico	0	6	1	7

Obstetra	0	10	3	13
Enfermero	8	16	0	24
Dentista	1	2	0	3
Nutricionista	1	2	0	3
Farmacéutica	1	5	0	6
Técnico	9	6	0	15
Total	20	49	7	76

4.4. Relación entre las dimensiones de las variables de estudio

Para encontrar las correlaciones entre el síndrome de burnout con los tipos de estrategias de afrontamiento y del tipo de estrategia racional con las subescalas del síndrome de burnout se realizó por medio del coeficiente Spearman, ya que no se presenta una distribución normal ($p < 0.05$) (ver Tabla 8).

En la Tabla 17, se denota la existencia de relaciones significativas entre el síndrome de burnout y los tipos de estrategias de afrontamiento, siendo la relación más alta con el tipo racional ($\rho = .328$; $p < 0.05$), también, la relación que resulta menor se da con el tipo emotivo ($\rho = .327$; $p < 0.05$).

Tabla 17

Coefficiente de correlación de Spearman entre síndrome de burnout y los tipos de estrategias de afrontamiento

Estrategia de afrontamiento	Síndrome de burnout	
	ρ	p
Racional	.328**	.004
Emocional	.327**	.004

En la Tabla 18, se evidencia que existen relaciones significativas entre la Estrategia de afrontamiento racional y las subescalas del Síndrome de burnout, siendo la mayor relación con

Realización personal ($\rho = .290$; $p < 0.05$), también, la relación que resulta menor se da con Despersonalización ($\rho = .231$; $p < 0.05$).

Tabla 18

Coefficiente de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento racional y las subescalas de síndrome de burnout

	Estrategia de afrontamiento racional	
	ρ	p
Agotamiento emocional	.0488**	.000
Despersonalización	.231*	.045
Realización personal	.290*	.011

En la Tabla 19, se denota la existencia de relaciones significativas entre las dimensiones de las variables, siendo la mayor relación entre las dimensiones Religión y Realización personal ($\rho = .626$; $p < 0.05$), mientras, la menor relación se da entre Evitación y Realización personal ($\rho = .120$; $p < 0.05$). Por lo tanto, se evidencia que en la dimensión Realización personal de la variable Síndrome de burnout se encuentran las correlaciones más alta y más baja, en contraste de las otras dos dimensiones como en el caso de Agotamiento emocional se denota la mayor relación con Expresión emocional abierta ($\rho = .595$; $p < 0.05$) y en la de Despersonalización se encuentra que la mayor relación se da con Reevaluación positiva ($\rho = .402$; $p < 0.05$).

Tabla 19

Coefficiente de correlación Spearman entre las dimensiones de síndrome de burnout y las subescalas de estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Síndrome de burnout					
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Focalizado en la resolución de problemas	.549**	.000	.280*	.014	.274*	.016

Auto focalización negativa	-.222	.054	-.487	.081	-.336**	.003
Reevaluación positiva	.266*	.020	.402	.097	.321**	.005
Expresión emocional abierta	.595**	.000	.225	.051	.742	.038
Evitación	.410**	.000	-.851	.022	.120	.000
Búsqueda de apoyo social	.129	.000	-.158	.000	.187	.005
Religión	-.449**	.000	-.341**	.003	.626	.047

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La máxima del estudio se enfocó en analizar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno. En esa línea, la hipótesis general fue aceptada, ya que se encontró una relación positiva, baja y significativa entre ambas variables. Es así como, a un mayor nivel de síndrome de burnout, mayor es la posibilidad de afrontarlo con la presencia de estrategias de afrontamiento; la relación baja se podría explicar por diferentes motivos, como la deseabilidad social, influencia de amigos al responder los cuestionarios, disposición de participar de la investigación, entre otras.

En base al análisis de datos descritos en la presente investigación, realizada en el contexto de la pandemia, se encontró un puntaje promedio para los niveles del síndrome de burnout. En el CAE se encuentra que el valor del alfa de Cronbach resulta 0.698 siendo este valor comparado con otras investigaciones similares, en base a otras investigaciones se resaltan la controversia de poder modificar el cuestionario para su posterior aplicación según Sandin y Chorot (2003). En cuanto al MBI da como resultado en el análisis de fiabilidad un alfa de Cronbach de 0.746 dando resultados similares a los obtenidos en investigaciones internacionales tales como Osorio-Guzman, Prado-Romero, y Bazán-Riverón, (2021) y Popp (2008). En base a los resultados observados Huallpa y Ortiz (2019) se encontraron similitudes en su investigación efectuada en 26 participantes del sector laboral de enfermería, mostrando como resultados niveles bajos y medios. Así mismo, Ramírez (2016) mostró resultados similares en su trabajo ejecutado en profesionales de salud; donde se encontraron que los participantes obtuvieron valores medios del síndrome de Burnout con un porcentaje del 69% de sus participantes. Cabe resaltar que Osorio-Guzman, Prado-Romero, y Bazán-Riverón, (2021), encontraron diferencias significativas en cuanto a los resultados obtenidos con la misma prueba, MBI-HSS en 60 profesionistas mexicanos del sector salud durante la pandemia

actual, esta investigación se realizó de manera símil a esta investigación, es por ello que se manifiesta la importancia acerca de trabajar en población con nacionalidades distintas ya que se evidencia como se acentúan las diferencias culturales de cada participante y de la totalidad de los participantes, los encuestados pueden haber sido influenciados por problemas psicosociales, medio ambiente o por sus costumbres. También, se evidencia que en relación al sexo no existen diferencias significativas en la variable del síndrome de burnout mientras que en el caso de las estrategias de afrontamiento si existen diferencias significativas denotando diferentes habilidades como lo difieren autores como Baron-Cohen (2002) entre las habilidades racionales y emocionales.

Con respecto al análisis obtenido, se observa un mayor porcentaje de la muestra usada obtuvieron un valor medio de síndrome de burnout. Este resultado permite aseverar que un porcentaje significativo del personal asistencial posee sobrecarga laboral entre otros factores determinantes de la variable. Un análisis más de esta investigación fue indicar cuál era el tipo de estrategia de afrontamiento al estrés que más era utilizado por el personal de salud de la presente investigación, se llegó entonces a la conclusión que era el tipo Racional. En comparación con el estudio de Huallpa y Ortiz (2019) antes mencionado se evidencia también que corresponden al tipo de afrontamiento Racional, se encontraron entonces semejanzas en los estudios de Asto (2019) realizado también en población peruana y Osorio-Guzman, Prado-Romero, y Bazán-Riverón, (2021) realizado en población mexicana. Cabe destacar que si anteriormente se veían diferencias entre nacionalidades en cuanto a los niveles del síndrome de burnout en el caso de las estrategias a usar frente a diferentes fuentes y causas de estrés, estos no necesariamente varían en cuanto a las nacionalidades de los participantes sino que denotan diferencias en cuanto a los resultados incluso entre las mismas nacionalidades como podemos observar en los estudios de Ramírez (2016) con una población peruana que estuvo conformada por Licenciados en Enfermería (varones y mujeres) que brindaron labor asistencial

en el servicio de cuidados intensivos durante su investigación y cuyos resultados eran que predominaba el tipo de estrategia emocional o conductual, así mismo esto se observa en el estudio de Canales, Pardo y Solis (2021) realizado en personal de salud chileno específicamente en la carrea de enfermería durante la pandemia por la que venimos atravesando. Estos resultados nos muestran indicativos en cuanto a las diferencias de las labores de cada participante y que esto influye en las estrategias de afrontamiento que se usan dependiendo de sus propias necesidades en su centro de labores.

En el análisis de las correlaciones entre dimensiones de ambas variables se observa que la teoría es validada según Ramos (2016), dado que en la dimensión de Realización personal se observa un mayor contraste que con las otras dos dimensiones del MBI-HSS debido a que es una de las áreas que resultan con mayor impacto en cuanto a la diferencia de niveles encontrados en el instrumento, así mismo se observa que se correlaciona con dos importantes dimensiones del CAE siendo estas la de Religión y la de Evitación pudiendo compararse con la teoría de Lazarus y Folkman (1986) acerca de la relación de la persona y sus propios valores como factores protectores para poder contrarrestar los efectos negativos que se puedan encontrar en la vivencia personal, Además se denota que en el caso de Agotamiento emocional se encuentra una mayor correlación con la Expresión emocional abierta siendo esta entendida teóricamente con la expresión emocional de las personas ante circunstancias que las enajenen y se vean desprovistas de una adecuada reacción y finalmente en cuanto a la Despersonalización con una mayor correlación con Reevaluación positiva atendiendo a la autoprotección de su autonomía.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Existe una relación positiva, baja y significativa entre ambas variables.
- 6.2 En la muestra se encontraron puntajes que evidencian que los profesionales de salud obtuvieron puntajes medios del síndrome de burnout y que son estadísticamente significativos, en este mismo contexto también se evidencian diferencias entre los tipos de afrontamiento siendo el predominante es de tipo racional.
- 6.3 Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles burnout según sexo, es decir que existen diferencias en cuanto a los niveles encontrados; además en cuanto a edad no se evidencia que en relación de los dos grupos etarios encontrados existen distinción de los tipos de estrategias usadas para el afrontamiento; finalmente en cuanto a las profesiones de Psicología, Medicina, Obstetricia, Enfermería y Nutrición presentan niveles medios significativos de burnout y las demás presentan niveles bajos.
- 6.4 Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de burnout encontrados según el sexo, esto es que independientemente del sexo; si se hallan en un evento de crisis sanitaria, el personal de salud utilizará el repertorio conductual con el cual enfrentan las adversidades que se le presentan, es así que en función del sexo se reporta que existe preponderancia en el nivel medio en hombres. Así mismo, en las profesiones de Psicología y Obstetricia se tiene un mayor uso del tipo racional frente a profesiones tales como Enfermería y Farmacéutica que usan más el de tipo emocional.
- 6.5 Existen relaciones significativas entre las dimensiones de las variables de estudio, siendo la relación más alta con el tipo racional de afrontamiento con la dimensión de Realización personal del MBI-HSS.
- 6.6 En base a los datos recopilados, el MBI-HSS y el CAE obtuvieron indicadores estadísticos de validez y confiabilidad para la muestra estudiada.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Evaluar de forma previa factores protectores en personal asistencial, tales como tolerancia al malestar, sentido de pertenencia, motivación y colaboración, ya que contribuyen con el bienestar psicológico del equipo de trabajo y de la población en general.
- 7.2 Proporcionar mejoras en el ambiente laboral como implementaciones en las coordinaciones de cada área para una mayor comunicación entre los diferentes servicios que se brindan en el hospital, manejo de horarios flexibles, formación de liderazgo en cada personal de salud, entre otros, los cuales ayudarán a manejar mejor cualquier situación estresante en el trabajo.
- 7.3 Desarrollar y aplicar programas de intervención psicológica (post pandemia) con el fin de incrementar el desarrollo personal y profesional del personal asistencial.
- 7.4 Explorar la estructura factorial del MBI-HSS en una mayor muestra y comparando los resultados obtenidos con las diferentes variantes socioculturales dentro de nuestro territorio peruano, así mismo con diferentes variaciones de la lengua como lo son el aimara y el quechua.
- 7.5 Para concluir, se encomienda el uso del Burnout Profiles (Maslach y Leiter, 2016) con el fin de determinar diferencias en las vivencias de burnout, según los perfiles: Comprometidos, Ineficaces, Extendidos, Desactivados y Burnout. De tal manera que se puedan obtener resultados eficaces en comparación con la medición de los valores.

VIII. REFERENCIAS

- Abdel-Gawad, M., Zaghloul, M., Abd-elsalam, S., Hashem, M., Lashen, S., Mahros, A., Mohammed, A., Hassan, A., Bekhit, A., Mohammed, W. y Alboraie, M. (2022). *Post-COVID-19 Syndrome Clinical Manifestations: A Systematic Review. Anti-Inflammatory & Anti-Allergy Agents in Medicinal Chemistry*, 21(2), 115-120.
<https://doi.org/10.2174/1871523021666220328115818>
- Abduid, D. y Traverso, F. (2017). *Estrés académico y estilos de afrontamiento en estudiantes de psicología de una universidad privada de Arequipa* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio UCSP. <https://biblioteca.ucsp.edu.pe/cgi-bin/koha/tracklinks.pl?uri=http%3A%2F%2F repositorio.ucsp.edu.pe%2Fhandle%2FUCSP%2F15533&biblionumber=49372&itemnumber=61313>
- APA (2018). *Stress*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/stress>
- Aranda, B., Pando, M., Salazar, E., Torres, L., Aldrete, R. y Pérez, R. (2005). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005
- Arnau, J. (1975). *Los diseños experimentales en psicología*. Anuario de Psicología, 12, 3-52.
<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9598/12449>
- Asto, M. (2019). *Afrontamiento Al Estrés En Internos De Enfermería De La Universidad Norbert Wiener, Lima 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio UNW. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3586>
- Baron-Cohen, S. (2002). *The essential difference: The truth about the male and female brain*. Basic Books. [https://www.researchgate.net/profile/Simon-Baron-](https://www.researchgate.net/profile/Simon-Baron-Cohen)

[Cohen/publication/232430614_The_Essential_Difference_The_Truth_About_The_Male_And_Female_Brain/links/547cdb7a0cf2cfe203c1fde2/The-Essential-Difference-The-Truth-About-The-Male-And-Female-Brain.pdf](https://www.researchgate.net/publication/232430614_The_Essential_Difference_The_Truth_About_The_Male_And_Female_Brain/links/547cdb7a0cf2cfe203c1fde2/The-Essential-Difference-The-Truth-About-The-Male-And-Female-Brain.pdf)

Brückner, T., Heemelaar, S., Endjala, T. y van den Akker, T. (2024). Healthcare worker burnout: Exploring the experiences of doctors working in a maternity unit in Namibia. *BMC Health Services Research*, 24, 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10845-z>

Calapuja, E. y Choque, A. (2022). *Estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de burnout en docentes de instituciones educativas secundarias del departamento de Puno, 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio UPN. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/6429>

Canales, S., Pardo, M. y Solis, C. (2021). *Afrontamiento del estrés en Enfermeras que Trabajan en el Servicio Público de Salud, en contexto COVID-19*. [Tesis de licenciatura, Universidad Gabriela Mistral]. Repositorio UGM. <http://repositorio.ugm.cl/handle/20.500.12743/2023>

Castro, K. (2020). *Programa Saludable Mente de Andina Canal On Line / Entrevistada por Andina*. Agencia Andina. <https://andina.pe/agencia/noticia-siete-cada-10-peruanos-han-visto-afectada-su-salud-mental-durante-pandemia-video-804192.aspx>

Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27, 459-68. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78836-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78836-1)

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- De Oliveira, S., de Alcantara Sousa, L., Vieira, G. y Almeida, J. (2019). Prevention actions of burnout syndrome in nurses: an integrating literature review. *Clinics*, 74, 921. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e921>
- Díaz, Y. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Humanidades Médicas*, 10, 1-17. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007
- Edelwith, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping profession*. Human Sciences Press. <https://doi.org/10.1093/sw/26.3.262-b>
- Escalante, E. (2023). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería intensivista del Hospital Alberto Sabogal, Lima-Callao, 2022. [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio UNC*. <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8122>
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=10010>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-65. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Garcés de Los Fayos, E, Ortín, F. y Carlin, M. (2010). Burnout en el contexto deportivo: análisis teórico práctico del estado de la cuestión. *Apuntes de Psicología*, 28(2), 213-224. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/213>

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: Síndrome de Quemarse*.

https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_e_l_sindrome_de_quemarse

Girdano, D. y Everly, G. (1986). *Controlling stress and tension*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gonzales, L. y Tapia, K. (2022). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10211>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6a. ed.)*.

McGraw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6.ª ed.)*. McGraw-Hill.

Huallpa, M. y Ortiz, L. (2019). *Estrés Laboral Y Estrategias De Afrontamiento En El Profesional De Enfermería De La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Honorio Delgado Y Clínica San Juan De Dios, Arequipa - 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa]. Repositorio UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10970>

Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista peruana medica salud pública*, 37(2), 34-327.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419>

- Jácome, A. (2020). *Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el Covid-19 en el personal de cajas de un Hospital Privado de Quito – Ecuador*. [Tesis de licenciatura, Universidad Internacional SEK]. Repositorio UISEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3857>
- Koutsimani, P., Montgomery, A. y Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=222981>
- Lewis, B. (1995). *Small Clinical Trials: Issues and Challenges*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus Covid-19 en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista Neuropsiquiatría*, 81(1), 51-56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *J Organ Behav*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2016). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A. y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD

2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 241-247.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>

McTiernan, K. y McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208-218. <https://doi.org/10.1111/jpm.12170>

Melgarejo, C. (2017). *Afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en trabajadores de la subgerencia de salud y programas sociales de la municipalidad de Puente Piedra 2017*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/14401>

Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Malliarou, M., Papatthasiou, I., Gallos, P. y Galanis, P. (2024). Social support and resilience. *Healthcare*, 12, 710. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070710>

National Institute of Occupational Safety and Health (1999). *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*. <http://www.cdc.gov/niosh/pubs/>

Organización Mundial de la Salud (2023). Dashboards covid 19. World Health Organization. <https://www.who.int/es/mega-menu/data/dashboards/covid-19-dashboard>

Organización Mundial de la Salud (2004). La organización del trabajo y del estrés: estrategias sistémicas de la solución de problemas para empleados, personal directivo y representantes sindicales. *Serie Protección de la Salud de los Trabajadores*, 3, 3-4. <https://iris.who.int/handle/10665/42756>

Ortega, M., Ortiz, G. y Coronel, P. (2007) Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructor de personalidad resistente. *Revista Psicología y Salud, Instituto de*

Investigaciones Psicológicas Universidad Veracruzana, 17(1), 5-16.

<https://www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf>

Osorio-Guzman, M., Prado-Romero, C. y Bazán-Riverón, G. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Instituto de Investigaciones Psicológicas - Universidad Veracruzana Psicología y Salud*, 31(2), 267-274. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. The Free Press.

Piña, C. (2005). *Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del Personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio UASLP. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/3062>

Popp, M. (2008). *Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI)*. POPP Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18025101.pdf>

Ramirez, R. (2016). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento al estrés, en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2016*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Unidad de Posgrado]. Repositorio UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5762>

Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Klinik, S.L. <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>

Riese, A., McGrady, A., Brennan, J., Lynch, D., Valentine, D. y Nowak, J. (2024). The effects of a resiliency intervention program on indicators of resiliency and burnout in psychiatry residents. *Discover Psychology*, 4(42). <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00155-0>

- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Soledad, A. y López Sarmiento, L. (2023). Factores de riesgo psicosociales y burnout en psicólogos que trabajan desde casa. *Informes Psicológicos*, 23(2), 232-248.
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/download/8535/7254/18265>
- Spoorthy, M., Pratapa, S. y Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Szcześniak, D., Świdarska, J. y Kozuch, B. (2020). Burnout and coping strategies in medical professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychiatria Polska*, 54(5), 1039-1052.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/127974>
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health (1999). Stress at work. *OH: NIOSH*, 99-101. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>
- Universidad Nacional Federico Villarreal. (2018). *Código de ética para la investigación*.
http://www.unfv.edu.pe/vrin/Images/VRIN_DOCUMENTOS_DE_GESTION/ICGINV/Codigo_de_Etica.pdf
- Vásquez-Valverde, C., Crespo, M. & Ring, J. (2003). Estrategias de Afrontamiento. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Masson, 425-435.
<https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2004/01/c-vazquez-estrategias-de-afrontamiento.pdf>

Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A. y VerneMartin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 168-174.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300005

IX. ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de variables

Tabla A1

Operacionalización de la variable síndrome de burnout

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Agotamiento emocional	Valoración de la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Diariamente	Total I.E. Bajo (0 -16) Moderado (17 - 26) Alto (27 a +)	
			Varias veces a la semana	Una vez a la semana	
Despersonalización	Valoración del grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	5, 10, 11, 15 y 22	Algunas veces a la semana	Total I.E. Bajo (0 -6) Moderado (7 - 12) Alto (13 a +)	Ordinal
			Una vez al mes o menos	Alguna vez al año o menos	
Realización personal	Valoración de los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	Nunca	Total I.E. Bajo (0 -31) Moderado (32 - 38) Alto (39 a +)	

Tabla A2*Operacionalización de la variable afrontamiento*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Búsqueda de apoyo social (BAS)	Tendencia a buscar ayuda emocional y social en otras personas	4, 10, 14, 20, 26, 34			
Focalización y evaluación positiva (FEP)	Tendencia a centrarse en aspectos positivos y reevaluar las situaciones estresantes de manera constructiva	1, 7, 13, 19, 25, 31	Nunca (0)	Percentiles	
Expresión emocional abierta (EEO)	Tendencia a expresar abiertamente las emociones	5, 11, 17, 23, 29, 35	Pocas veces (1)	Bajo (0 -25)	
Auto focalización negativa (AN)	Tendencia a centrarse en los aspectos negativos de uno mismo y de la situación	3, 9, 15, 21, 27, 33	A veces (2)	Medio (26 - 75)	Ordinal
Evitación (E)	Tendencia a evitar o escapar de la situación estresante	2, 8, 16, 22, 28, 32	Bastantes veces (3)	Alto (76 – 100)	
Planificación (P)	Tendencia a planificar estrategias y acciones para manejar la situación estresante	6, 12, 18, 24, 30, 36	Siempre (4)		
Religión (R)	Tendencia a recurrir a la fe o a prácticas religiosas para enfrentar el estrés	37, 38, 39, 40, 41, 42			

Anexo B: Matriz de consistencia

Titulo	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Método
<p align="center">Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en el Personal de un Hospital de Puno, 2022</p>	<p>Problema General ¿Existe relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno?</p> <p>Problemas específicos 1. ¿Cuál es el nivel del síndrome de burnout general y de las dimensiones en personal asistencial de un hospital de Puno? 2. ¿Cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el personal de salud de un hospital de Puno? 3. ¿Cuáles son las diferencias en el nivel del síndrome de burnout en el personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión?</p>	<p>Objetivo general Analizar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno.</p> <p>Objetivos específicos 1. Identificar el nivel de síndrome de burnout general y de las dimensiones en personal asistencial de un hospital de Puno. 2. Identificar el tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el personal asistencial de un hospital de Puno. 3. Diferenciar los niveles del síndrome de burnout en el personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.</p>	<p>Hipótesis General Ha: Existe relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud de un hospital de Puno. Ho: No existe relación significativa directa entre el Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud de un hospital de Puno.</p> <p>Hipótesis específicas H1: El nivel de síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno es alto, con predominio de la dimensión Agotamiento emocional. H2: El tipo de estrategia de afrontamiento</p>	<p>Síndrome de Burnout</p> <p><u>Definición conceptual:</u> Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). <u>Definición operacional:</u> Categoría obtenida en la administración del Cuestionario De Maslach (Maslach y Jackson, 1981).</p> <p>Estrategias de afrontamiento</p> <p><u>Definición conceptual:</u> Estrategias cognitivas y conductuales usadas para disminuir los factores de riesgo ante eventos estresantes</p>	<p>Tipo de investigación No experimental, Cuantitativa</p> <p>Tipo de Diseño Correlacional</p> <p>Participantes La población estuvo conformada 76 profesionales de la salud de un hospital de Puno. En el presente estudio se utilizó muestreo no probabilístico y por conveniencia (Hernández et al., 2014). Además, referente a la cantidad se deduce que se pueden usar pequeñas muestras si estas son específicas y únicas en el ámbito clínico (Lewis, 1995).</p>

	<p>4. ¿Cuáles son las diferencias de las estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión?</p> <p>5. ¿Cuáles son las diferencias entre las 3 dimensiones de síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno?</p>	<p>4. Comparar la estrategia de afrontamiento de personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.</p> <p>5. Comparar las diferencias entre las 3 dimensiones de síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno.</p>	<p>predominante en el personal asistencial de un hospital de Puno es racional.</p> <p>H3: Existen diferencias en el nivel de síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.</p> <p>H4: Existen diferencias en la estrategia de afrontamiento en personal asistencial de un hospital de Puno, según el sexo, edad y profesión.</p> <p>H5: Existen diferencias entre las 3 dimensiones de síndrome de burnout y las 7 dimensiones de estrategias de afrontamiento en el personal asistencial de un hospital de Puno.</p>	<p>(Lazarus y Folkman, 1986).</p> <p><u>Definición operacional:</u> Categoría obtenida en la administración del Cuestionario Afrontamiento Del Estrés Modificado - CAE (Sandín y Chorot, 2003).</p>	<p><u>Criterios de inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal asistencial nombrado que labore de enero a abril del año 2022. - Personal asistencial que tenga contrato vigente de enero a abril del año 2022. - Personal asistencial que haya firmado el consentimiento informado. <p><u>Criterios de Exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal asistencial que haya renunciado y no labore de enero a abril del año 2022. - Personal asistencial que se encuentre en vacaciones y/o descanso médico o forzado de enero a abril del año 2022. - Personal asistencial que no haya firmado el consentimiento informado.
--	---	---	--	---	--

Anexo C: Instrumento 1

MBI (Inventario de burnout de Maslach)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una X en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado. Siendo sus valores:

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	ÍTEMS	0	1	2	3	4	5	6
EE	1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
EE	2. Al final de la jornada me siento agotado.							
EE	3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
PA	4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
D	5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
EE	6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
PA	7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
EE	8. Me siento "quemado" por el trabajo.							
PA	9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
D	10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
D	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
PA	12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
EE	13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
EE	14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
D	15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
EE	16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
PA	17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
PA	18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
PA	19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
EE	20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
PA	21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
D	22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo D: Instrumento 2

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras.

Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Marque el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican con una X.

ÍTEMS	0	1	2	3	4
	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Traté de analizar las causas del problema para poderhacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.					
6. Le conté a mis familiares cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema.					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					

Anexo E: Tablas de validez

Tabla E1

Resultados del análisis de ítems en el Inventario del Síndrome de Burnout HSS

<i>Ítems</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Ítems</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1	.626**	.000	12	.580**	.000
2	.617**	.000	13	.571**	.000
3	.578**	.000	14	.426**	.000
4	.689	.000	15	.460**	.000
5	.566**	.000	16	.645**	.000
6	.694**	.000	17	.396**	.000
7	.461	.000	18	.748**	.000
8	.636**	.000	19	.534	.000
9	.463	.000	20	.514	.000
10	.425	.000	21	.484	.000
11	.733**	.000	22	.562**	.000

Tabla E2

Resultados del análisis de ítems en el Cuestionario de estilos afrontamiento

<i>Ítems</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>Ítems</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1	.568**	.000	22	.521**	.000
2	.426	.000	23	.568*	.000

3	.576**	.000	24	.557**	.000
4	.582	.000	25	.606	.000
5	.618**	.000	26	.545**	.000
6	.610**	.000	27	.652**	.000
7	.794	.000	28	.502	.000
8	.644**	.000	29	.513**	.000
9	.304	.000	30	.523	.000
10	.564*	.000	31	.567**	.000
11	.685	.000	32	.639**	.000
12	.589**	.000	33	.517**	.000
13	.615**	.000	34	.663**	.000
14	.426	.000	35	.698	.000
15	.602**	.000	36	.512**	.000
16	.380	.000	37	.481**	.000
17	.334	.000	38	.221	.000
18	.654	.000	39	.500**	.000
19	.514**	.000	40	.423**	.000
20	.506**	.000	41	.528**	.000
21	.694	.000	42	.575*	.000

Anexo F

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, a través del presente, autorizo voluntariamente ser partícipe del estudio “**Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en el Personal de un Hospital de Puno**”, que pretende describir los niveles de Síndrome de Burnout y el tipo de estrategias que posean los trabajadores del sector salud.

La participación en este estudio es voluntaria, su desarrollo se dará en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos; en la que las pruebas a aplicar no representan un peligro hacia su persona. Las preguntas se encuentran relacionadas al desarrollo de actividades laborales en las que se desempeña actualmente, donde usted responderá de manera honesta.

La información personal que usted brinde será utilizada confidencialmente, es decir, no se compartirá sus nombres y demás datos con terceras personas. Así también, se encontrará orientada a fines de la presente investigación.

Si usted no decide participar de la investigación o se retira durante el proceso de participación, no implicará consecuencias negativas en su contra. Usted es libre de poder participar en la presente investigación.

Si presenta dudas o inquietudes sobre el estudio, puede preguntar todo lo que desee saber sobre el mismo. Así como también comunicarse al 904465352.

FIRMA O HUELLA

Yunguyo, ___ de enero de 2022

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre
(en iniciales o primer nombre) :

Edad :

Sexo :

Lugar de procedencia :

Residencia actual :

Trabajo que desarrolla :