

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES



TESIS

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN TIEMPOS DE COVID-19, TACNA 2020”

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Presentada por:

Bachiller Nicol Steffany Manzanares García

Asesor:

Mgr. Fernando Sebastián Heredia Gonzáles

Tacna – Perú

2021

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a mi mamá y mi hermana por su constante apoyo para poder llegar a esta instancia, a mi novio que por años ha estado siempre motivándome, a mi tía Luisa quien me ayudó a seguir adelante cuando las cosas se complicaban y a mis maestros de los cuales he llegado a obtener los conocimientos necesarios para poder desarrollar esta tesis.

El agradecimiento principal es a mi papá quien me ha inspirado y motivado a esforzarme mucho más, a crecer y a mejorar cada día, pese a que ahora no está conmigo, es mi pilar.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia por el apoyo que me ha brindado y por estar presente siempre en cada paso, por ser fuente de motivación para seguir siempre adelante.

Título

Estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020

Autor

Bachiller Nicol Steffany Manzanares García

Asesor

Mg. Fernando Heredia Gonzáles

Línea de investigación y sub línea de investigación

- **Línea de investigación:** **Medición de las condiciones de vida psicológica, social y cultural de la comunidad regional**

- **Sub línea de investigación 3:** **Salud ocupacional**

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
Título	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1 <i>Interrogante Principal</i>	6
1.2.2 <i>Interrogantes Secundarias</i>	6
1.3. Justificación de la investigación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1 <i>Objetivo general</i>	8
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	9
1.5. Antecedentes del estudio	9
1.5.1 <i>Antecedentes internacionales</i>	9
1.5.2 <i>Antecedentes nacionales</i>	12
1.5.3 <i>Antecedentes locales</i>	15
1.6. Definiciones operacionales	17
CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO DE LA SEGUNDA VARIABLE	19
2.1. Estilos de afrontamiento	19
2.1.1 <i>Definiciones de estilos de afrontamiento</i>	19
2.1.2 <i>Funciones del afrontamiento</i>	21
2.1.3 <i>Tipos de afrontamiento</i>	22
2.1.4 <i>Estilos de afrontamiento</i>	23
2.1.5 <i>Modelos teóricos de afrontamiento</i>	25

2.2	Tipos de estrategias de afrontamiento	26
2.3	Relación entre estrategias de afrontamiento y burnout	31
CAPÍTULO III: FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO DE LA PRIMERA VARIABLE		32
3.1	Definición de síndrome de burnout	32
3.2	Datos históricos	32
3.3	Variables desencadenantes del síndrome de burnout	34
3.3.1	<i>Variables personales</i>	34
3.3.2	<i>Variables organizacionales</i>	36
3.3.3	<i>Variables sociales</i>	37
3.4	Dimensiones del síndrome de burnout	38
3.5	Sintomatología	39
3.6	Sintomatología y curso del síndrome de Burnout	41
3.7	Consecuencias del síndrome de burnout	41
3.8	Presencia del burnout en personal médico	42
3.9	Técnicas de prevención del síndrome de Burnout	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		44
4.1	Enunciado de las hipótesis	44
4.1.1	<i>Hipótesis general</i>	44
4.1.2	<i>Hipótesis específicas</i>	44
4.2	Operacionalización de variables y escalas de medición	45
4.2.1	<i>Operacionalización de síndrome de burnout</i>	45
4.3	Tipo y diseño de investigación	46
4.4	Ámbito y tiempo social de la investigación	46
4.5	Unidad de estudio, población y muestra	47
4.5.1	<i>Unidades de estudio</i>	47
4.5.2	<i>Población</i>	47
4.6	Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
4.6.1	<i>Procedimientos</i>	49
4.6.2	<i>Técnicas</i>	49
4.6.3	<i>Instrumentos de recolección de datos</i>	49

CAPÍTULO V: LOS RESULTADOS	54
5.1 El trabajo de campo	54
5.2 Diseño de presentación de los resultados	54
5.3 Los resultados	55
5.4 Comprobación de las hipótesis	67
5.4.1 <i>Comprobación de las hipótesis específicas</i>	67
5.4.2 <i>Comprobación de la hipótesis general</i>	70
5.5 Discusión	71
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	75
6.1 Conclusiones	75
6.2 Sugerencias	77
REFERENCIAS	78
Anexo N° 1: Instrumento De Investigación - Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) escala Jaggi Burnout screening inventory (BSI)	85
Anexo N° 2: Instrumento De Investigación - Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)	87
Anexo 3: Matriz de consistencia	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable síndrome de burnout	45
Tabla 2 Operacionalización de la variable estilos de afrontamiento	45
Tabla 3 Población	47
Tabla 4 Valoración de las respuestas del BSI	50
Tabla 5 Puntuaciones obtenidas a partir del BSI	51
Tabla 6 Valoración de las respuestas del Cuestionario COPE-28	52
Tabla 7 Confiabilidad según dimensiones del Cuestionario COPE-28	53
Tabla 8 Estadísticos descriptivos del síndrome de burnout	55
Tabla 9 Nivel de prevalencia del síndrome de burnout	56
Tabla 10 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional	57
Tabla 11 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: despersonalización	58
Tabla 12 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: realización personal	59
Tabla 13 Estadísticos descriptivos de las Estrategias de afrontamiento COPE-28	60
Tabla 14 Prueba de normalidad de síndrome de burnout	62
Tabla 15 Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento	63
Tabla 16 Correlación entre síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Histograma de la variable síndrome de burnout	55
Figura 2 Puntaje de burnout según categorías	56
Figura 3 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional	57
Figura 4 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: despersonalización	58
Figura 5 Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: realización personal	59
Figura 6 Promedios según los resultados de las estrategias de afrontamiento	61

RESUMEN

El objetivo general de esta investigación es determinar la correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

El tipo de investigación fue básica, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 160 trabajadores del personal de emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue. Los instrumentos que se usaron fueron el Burnout screening inventory (BSI) que pertenece a Jaggi y el cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés (Brief – COPE-28) de Carver, traducido por Morán et al. y validado por García et al.

Los resultados muestran que existe presencia de burnout en nivel leve (39,38%) en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU. Se identificó que las estrategias con una media mayor a 4 puntos han sido: religión (media =4,88; DS =,879), afrontamiento activo (media =4,58; DS =,872); apoyo emocional (media =4,29; DS =,850); autodistracción (media =4,14; DS =,748). Asimismo, se reportó correlación significativa inversa ($Rho = -0,169$; $p\text{-valor} = 0,032$) entre el síndrome de burnout y la estrategia de afrontamiento activo, aunque de intensidad muy baja; así como también existe correlación significativa positiva ($Rho = 0,077$; $p\text{-valor} = 0,018$), de intensidad muy baja entre la presencia de burnout y la estrategia de afrontamiento autodistracción

Se concluye que, existe correlación significativa e inversa entre el estilo de afrontamiento activo y el síndrome de burnout; así también correlación significativa y positiva entre la estrategia autodistracción y burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

Palabras clave: Síndrome de burnout, estilo de afrontamiento, autodistracción, estrés, agotamiento emocional

ABSTRACT

The general objective of this research is to determine the correlation between coping styles and the prevalence of burnout syndrome in emergency and critical care personnel at Hospital Hipólito Unanue in times of COVID-19 - Tacna 2020.

The type of research was basic, with a quantitative approach, non-experimental design, correlational, cross-sectional. The sample consisted of 160 workers from the emergency and critical care personnel of the Hipólito Unanue Hospital. The instruments used were the Burnout screening inventory (BSI) that belongs to Jaggi and the Modes of Coping with Stress questionnaire (Brief - COPE-28) by Carver, translated by Morán et al. and validated by García et al.

The results show that there is a presence of burnout at a mild level (39.38%) in the emergency and critical care personnel of the HHU. It was identified that the strategies with a mean greater than 4 points were: religion (mean = 4.88; SD = .879), active coping (mean = 4.58; SD = .872); emotional support (mean = 4.29; SD = .850); self-distraction (mean = 4.14; SD = .748). Likewise, a significant inverse correlation ($Rho = -0.169$; $p\text{-value} = 0.032$) was reported between the burnout syndrome and the active coping strategy, although of very low intensity; as well as there is also a significant positive correlation ($Rho = 0.077$; $p\text{-value} = 0.018$), of very low intensity between the presence of burnout and the self-distraction coping strategy

It is concluded that there is a significant and inverse correlation between the active coping style and the burnout syndrome; as well as a significant and positive correlation between the self-distraction strategy and burnout in HHU emergency and critical care personnel in times of COVID-19 - Tacna 2020.

Key words: Burnout syndrome, coping style, self distraction, stress, exhaustion.

INTRODUCCIÓN

El Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional se describe como la pérdida gradual de energía hasta alcanzar al agotamiento, sintomatologías de ansiedad y depresión, así como desmotivación ocupacional, el que se presenta en aquellos trabajadores que desarrollan su actividad laboral en contacto directo y perenne con personas. El cual puede tener o no una prevalencia alta basándose en los estilos de afrontamiento, el cual es concerniente con un proceso cognitivo o de interacción social que nace como consecuencia de un suceso o escenario estresante y propone la manera en que un sujeto pretende resistir y superar demandas excesivas a fin de adecuarse a un nuevo escenario y restaurar el equilibrio. Las personas pueden valerse de un afrontamiento enfocado en el problema, cuyo propósito es solucionar el acontecimiento que está creando estrés, o inclinarse por un afrontamiento centrado en la emoción, es decir, normaliza las emociones asociadas al evento o el escenario que ha producido estrés.

Según los escasos estudios a nivel nacional como los de Muñoz et al. (2019) reportó según los resultados por dimensiones del síndrome de burnout que el 42,5% de los médicos participantes de Arequipa mostraron niveles leves de agotamiento emocional, 29,9% agotamiento moderado y 27,6% agotamiento severo; con respecto a despersonalización, el 28,7% presentó niveles leves, 21,8% moderados y 49,4% severos y con respecto a la realización personal, el 52,9% reportó niveles bajos, 12,6% moderados y 34,5% severos. Asimismo, según puntuaciones globales, el 92% de los encuestados presentó nivel moderado de burnout, 1,1% nivel leve y 6,9% nivel severo. Mientras que, a nivel local, Huanca (2018) reportó un mayor porcentaje de síndrome de burnout siendo 70,83% con nivel leve, 52,38% nivel moderado.

Es importante realizar mayores investigaciones descriptivas y analíticas del síndrome de burnout empleando instrumentos validados donde las condiciones

laborales generan un nivel alto de estrés, información efectiva ayudaría a crear estrategias de prevención y detección temprana de burnout, como optimizar las situaciones laborales actuales. Razón por la que nació la inquietud de la presente investigación que consta de VI capítulos que se distribuyen de la siguiente manera.

Capítulo I, El Problema, en este capítulo se consignan la descripción del problema, formulación del problema, objetivos, hipótesis y justificación.

Capítulo II, Marco Teórico, se aborda los fundamentos teóricos de la primera variable.

Capítulo III, Marco Teórico, se aborda los fundamentos teóricos de la segunda variable.

Capítulo IV, Metodología, se formula las hipótesis, operacionalización de variables y escalas de medición, tipo y diseño de investigación, ámbito de la investigación, unidad de estudio, población y muestra, procedimientos además de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo V, comprende los resultados que contienen el trabajo de campo, diseño de presentación de los resultados, así como los resultados que permiten verificar la comprobación de las hipótesis de investigación.

Capítulo VI, se realizan las conclusiones y sugerencias concluyendo con las referencias y anexos correspondientes.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

En relación al estrés profesional, nace el término Burnout o síndrome de desgaste profesional el que refiere la pérdida gradual de energía hasta alcanzar al agotamiento, sintomatologías de ansiedad y depresión, así como desmotivación ocupacional, que se presenta en aquellos trabajadores que ejercen su actividad profesional y laboral en contacto inmediato y perenne con personas (Mingote, 2005).

La investigación acerca del síndrome de burnout ha tenido muchos cambios desde la propuesta e introducción del término dado por Freudenberger (1980) y Maslach (1977). Se entiende por burnout al problema de salud y de calidad de vida laboral, un tipo de estrés crónico que se puede definir como la respuesta psicofísica que tiene lugar en el individuo a causa de un esfuerzo frecuente cuyos resultados se consideran ineficaces e insuficientes, ante lo cual la persona reacciona quedándose exhausta, con sensación de indefensión y con retirada psicológica y a veces física de la actividad a causa del estrés excesivo (Palmer et al., 2009). Está caracterizado por los síntomas como falta de ilusión o motivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico, los que no remiten el descanso, exteriorizándose en un bajo rendimiento laboral, ausentismo, emociones de frustración y descontento. Entre los síntomas físicos se hallan el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, pérdida de peso, dificultad respiratoria, dolores musculares (principalmente en espalda y cuello) y pérdida de ciclo menstrual (Gil-Monte & Peiró, 1997). El agotamiento se ha descrito como el cansancio y fatiga

que puede exteriorizarse física y/o psíquicamente, con una sensación representada por no poder dar más de sí mismo a los demás (Maslach & Jackson, 1981). El tema ha sido tratado no sólo en el enfoque clínico sino también en muchos ámbitos como el laboral.

Es necesario tener en cuenta aquellas dimensiones que tratan de explicar este síndrome siendo la propuesta de Maslach y Jackson (1981) un modelo tridimensional conformado por agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, que hacen referencia a la capacidad de afrontamiento que posee cada persona lo cual está directamente ligado a los estilos de afrontamiento. Siguiendo esta línea, Jagger ha desarrollado un estudio paralelo, con menos ítems, siguiendo la estructura de su antecesor. Si bien, se considera claro que el estrés es un elemento predisponente del síndrome de burnout, no sería la causa, ya que puede manifestarse en ciertas personas, en función de factores como su capacidad de responder a demandas emocionales y presentarse en otros individuos, con distintas características, a pesar de estar sometidos al mismo nivel de estrés. En cuanto a la primera dimensión, el agotamiento emocional, es importante destacar que tiene un carácter no sólo externo sino interno del ser humano en la que intervienen factores como la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de entretenerse con las tareas.

En este contexto existen investigaciones como las de Muñoz et al. (2019) que muestran una prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud del 2,8%; asimismo, porcentajes bajos en funcionarios de un centro penitenciario (Alvarez, 2019). Esto puede deberse a varios motivos, entre ellos el tipo de estilo de afrontamiento que use para hacerle frente a la situación.

Las estrategias de afrontamiento han sido un constructo propuesto por Carver et al. (1989), cuya complejidad ha tratado de ser explicada desde diferentes tipologías que se refieren al modo de hacerle frente a los problemas. Sin embargo, no ha sido la única propuesta, los años siguientes otros autores han implementado este constructo refiriéndose a que está constituido por tres dimensiones: el

afrontamiento activo o centrado en el problema, el afrontamiento pasivo o centrado en la emoción, el afrontamiento de evitación (Fernández, 1997).

A nivel internacional Alderete y Ascencio (2015) y Álvarez (2019), reportaron que las estrategias de afrontamiento más usadas han sido la planificación enfocada en el problema, la re-evaluación positiva y la búsqueda de apoyo social y las que emplean con menor frecuencia son el distanciamiento y el escape-evitación.

La impresión de estrés es relativa y parece obedecer a la capacidad de afrontamiento que posea cada persona lo cual está directamente ligado a los estilos de afrontamiento. Si bien, se considera claro que el estrés es un elemento predisponente del Síndrome de burnout, no sería la causa, ya que puede manifestarse en ciertas personas, en función de factores como su capacidad de responder a demandas emocionales y presentarse en otros individuos, con distintas características, a pesar de estar sometidos al mismo nivel de estrés (Maslach & Jackson, 1981).

De lo expuesto anteriormente, se opta por relacionar ambas variables y hacer el balance sobre cuál estrategia de afrontamiento es la más usada entre profesionales de esta especialidad. Según lo reportado por Ramírez y Ontaneda (2019) las dimensiones que corresponden a replanteamiento positivo, aceptación, planificación y uso de apoyo instrumental son las más utilizadas. Es importante llevar adelante la investigación en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de covid-19, porque que la convivencia permanente en un contexto de emotividad alta, los requerimientos que componen el cuidado de los pacientes de servicios críticos, la carga laboral, la falta de personal en el servicio, carencia de material biomédico para efectuar sus actividades de asistencia, falta de medicinas por paciente, falta de trajes de protección, escasez de pruebas para diagnóstico, falta de implementación de protocolos de acción, infraestructura del lugar de trabajo deficiente, las obligaciones según el puesto que desempeñan, la realidad intrafamiliar propia de cada trabajador de la salud, la capacidad económica

necesaria en el hogar y otros problemas de tipo particular conllevan a que puedan sufrir un nivel alto de estrés que puede llegar en algunos casos a convertirse en burnout.

Por tanto, se determina la pregunta de investigación: ¿Existe correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue en tiempos de Covid-19 – Tacna 2020?

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Interrogante Principal

¿Existe correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?

1.2.2 Interrogantes Secundarias

- ¿Cuáles son los estilos predominantes de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?
- ¿Cuál es el nivel de prevalencia de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?
- ¿Qué tipo de correlación existe entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?

1.3 Justificación de la investigación

Inseguridad, desaliento, contaminaciones, falta de tratamiento e incertidumbres sobre el padecimiento actual, son escenarios que manifiestan una situación imprevista que confrontan los profesionales de la salud y sus colaboradores a nivel nacional y en el área de emergencia y cuidados críticos del HHU frente a la pandemia del COVID-19.

Con respecto a la justificación teórica, esta investigación pretende contribuir al aumento de la revisión en la literatura, analizando la teoría correspondiente referida a ambas variables de estudio: el burnout y los estilos de afrontamiento del estrés, pero analizadas bajo un nuevo contexto mundial, la aparición del virus covid-19 y su impacto en la salud mental de los profesionales de la salud.

Con respecto a la justificación práctica, los que se beneficiarán mayormente serán el personal de salud que integra las redes de salud de nuestra comunidad, se beneficiará el Ministerio de salud porque se presentarán resultados que ayuden a determinar los estilos de afrontamiento y el nivel de estrés que se presentan, ya que en el área de emergencia y cuidados críticos ingresan pacientes cuyas condiciones de salud están comprometidas en varios niveles, es por ello que la salud de los colaboradores está en riesgo por ser el personal más cercano al paciente y sus familiares, su permanencia en el área laboral es a veces las 24 horas del día, demandando de su parte la labor de solucionar complicaciones inesperadas para las que se encuentran preparados. Convivir con pacientes que podrían estar contagiados con COVID 19, con la inseguridad de no saber si lograrán superar la enfermedad, es una difícil situación que los profesionales de la salud deben enfrentar, el vivir en contacto con el sufrimiento y las emociones de las personas, incrementa el efecto de frustración e impotencia, lo que podría ser destructivo emocionalmente para dichos profesionales, apareciendo así el miedo y la ansiedad de no saber a ciencia cierta a que se están enfrentando y qué corresponde hacer en este caso.

Con respecto a la justificación social es importante conocer los resultados de la presente investigación porque contribuirán a tomar una mayor conciencia del estrés generado por la situación actual de pandemia ya que la convivencia permanente en un contexto de emotividad alta, los requerimientos que componen el cuidado de los pacientes de servicios críticos, la carga laboral, la falta de personal en el servicio, carencia de material biomédico para efectuar sus actividades de asistencia, falta de medicinas por paciente, falta de trajes de protección, escasez de pruebas para diagnóstico, falta de implementación de protocolos de acción, infraestructura del lugar de trabajo deficiente, las obligaciones según el puesto que desempeñan, la realidad intrafamiliar propia de cada trabajador de la salud, la capacidad económica necesaria en el hogar y otros problemas de tipo particular como estar lejos de sus familias, regresar a casa con el temor a contagiarlos, ya que siempre existe la incertidumbre de que por el hecho de estar interactuando con personas que podrían estar contagiadas, ellos también lo estén.

Por lo anteriormente mencionado se puede ver las diferentes causas de estrés y presión a las que están sometidos el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU por lo que se justifica un estudio de los estilos de afrontamiento y su relación con la prevalencia del Burnout en dicha institución prestadora de servicios de salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar si existe correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

1.4.2 *Objetivos específicos*

- Determinar los estilos predominantes de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.
- Determinar el nivel de prevalencia de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.
- Determinar el tipo de correlación que existe entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

1.5 Antecedentes del estudio

1.5.1 *Antecedentes internacionales*

Muñoz et al. (2020) realizaron la investigación titulada *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primera infancia* con el objetivo de identificar la relación entre ambas variables, para lo cual utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach (*Maslach Burnout Inventory [MBI]*) y la escala de Estrategias de Coping Reconocida (EEC-R), aplicándola a 274 docentes; la metodología que se siguió fue cuantitativa, correlacional, transversal. Los autores hallaron que el nivel de prevalencia del síndrome de burnout nivel alto fue el 15%, en cuanto a la dimensión falta de realización personal es alta, mientras que en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización se tiene una puntuación media. Y con respecto a las estrategias más utilizadas, se encontraron que fueron: solución de problemas (media = 3,9), religión (media = 3,6) y apoyo social (media = 3,5). Sin embargo, con respecto a la correlación entre las

dimensiones, ninguna de las estrategias utilizadas por esta población tiene inferencia sobre el síndrome de burnout.

Ramírez y Ontaneda (2019), realizaron la investigación titulada *Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7*. Los instrumentos utilizados fueron el MBI y el inventario de estrategias de afrontamiento (Brife – COPE, de Carver 1997). Se aplicó en una muestra de 142 médicos. Los resultados obtenidos evidencian que existe una prevalencia del 2,8% de síndrome de burnout en esta población y los resultados según dimensiones refieren que en la dimensión de agotamiento emocional el 25,8% de la muestra tuvieron un nivel alto; en cuanto a la dimensión de despersonalización un 17,6 % puntuaron con niveles altos y finalmente en cuanto a realización personal un 61,2% puntuaron niveles bajos. Con respecto a las estrategias de afrontamiento en el personal de salud se identificó una media mayor en las dimensiones que corresponden a replanteamiento positivo (5.2), aceptación (4.7), planificación (4.6) y uso de apoyo instrumental (4.5). Finalmente, en cuanto a la correlación entre síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento, se halló una relación significativamente estadística con: autodistracción ($r = -.147$, $p < .001$); afrontamiento activo ($r = .313$; $p < .001$); desahogo ($r = .208$; $p < .001$); replanteamiento positivo ($r = -.313$; $p < .001$) y culpa ($r = .179$; $p = .029$), en cambio con el resto de estrategias no se halló una correlación significativa.

Álvarez (2019), presentó los resultados de la tesis titulada *Burnout, estrés, técnicas de afrontamiento al estrés, satisfacción laboral y riesgos psicosociales en funcionarios de un centro penitenciario de Chile*, para optar por el grado académico de Doctor. El tipo de diseño de investigación fue ex post facto retrospectivo con alcance descriptivo-correlacional. Se utilizaron los instrumentos: Cuestionario MBI-HSS, Cuestionario de satisfacción laboral S20/23, Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), una Escala para evaluar los indicadores físicos y psicoemocionales de estrés y finalmente el cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (SUSESO-ISTAS 21). Los resultados obtenidos evidencian porcentajes bajos de funcionarios de prisiones que estén afectados por

el síndrome de burnout, asimismo, aquellos que presentan este síndrome están igual de satisfechos que los que no lo presentan, y se registró que en cuanto a estrategias de afrontamiento utilizan aquella que está centrada en la solución al problema. Uno de los importantes aportes de la investigación es la relación entre las variables sociodemográficas y el síndrome de burnout: los solteros con trabajo a tiempo completo tienen puntajes más altos en despersonalización que los casados; asimismo, los que consumen alcohol se hallan más agotados emocionalmente.

Martinez (2018), realizó la investigación titulada *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios, Caso: Carrera de Medicina - Universidad del Valle La Paz*, para optar por el grado académico de Maestro en educación superior. La investigación siguió una metodología de tipo cuantitativo, transversal, analítico y observacional, para lo cual se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y dos instrumentos, relacionados al síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento. Participaron 61 docentes universitarios que enseñan en la escuela de medicina de la Universidad Privada del Valle, 70,5% del sexo masculino y 29,5% femenino, con una media de 45,8 años; se halló una prevalencia del 29,51% de síndrome de burnout, siendo un 66,67% de nivel leve, 27,78% moderado y 5,55% severo. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la estrategia de solución enfocada en el problema es que utilizan los participantes con nivel leve (33,3%), moderado (40%) y severo (20%); asimismo, los que puntúan con niveles leves de burnout usan la reevaluación positiva (41,7%) y los que tienen niveles severos usan además la reevaluación positiva y la evitación (100%). Según las probabilidades por edad, los que tienen entre 30 a 39 años pueden presentar 2,183 más probabilidades que aquellas de 40 años o más; según el sexo, los varones presentan 1,69 más probabilidades de desarrollar síndrome de burnout que las mujeres; finalmente según los años de docencia, los que tienen menos de cinco años ejerciendo la docencia presentan 4,741 más probabilidades de desarrollar este síndrome que aquellos con más de 5 años.

Alderete y Ascencio (2015) presentaron los resultados en un artículo titulado *Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de*

cuidados paliativos oncológicos. El estudio siguió un diseño metodológico de tipo exploratorio, transversal, además, se usaron los instrumentos: BMI y el cuestionario de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. La muestra estuvo conformada por 30 profesionales de la salud, integrantes del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos de Instituto de Cancerología de México, distribuyéndose según el sexo en 24 mujeres y 6 varones, con una media de 30.2 años (D.E. = 9.3). Según los resultados de datos sociodemográficos el mayor porcentaje eran solteros, con estudios de licenciatura en medicina, con experiencia laboral en este campo entre seis y doce meses. Asimismo, los resultados según dimensiones refieren que el agotamiento emocional puntuó niveles bajos (media = 17.63; D.E. = 9.06); según despersonalización, también niveles bajos (media = 3.97; D.E. = 4.43), y finalmente realización personal, en niveles medios (media = 38.17; D.E.= 4.92). La puntuación total de síndrome de burnout tuvo un promedio de 31,4 (D.E. = 14,96), que se corresponde a un nivel bajo de burnout. Con respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de planificación enfocada en el problema, la re-evaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; y las que se emplean con menor frecuencia fueron el distanciamiento y el escape-evitación.

1.5.2 Antecedentes nacionales

Torres (2019) presentó los resultados de su investigación *Relación entre el síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos de una asociación de psicooncología de Lima Metropolitana*, para optar por el título de Licenciado en psicología. El objetivo fue hallar la relación entre ambas variables, en una muestra de 34 psicólogos de la asociación utilizando los instrumentos MBI, adaptado por Valdivia (2011) y el Inventario COPE, adaptado por Cassaretto y Chau (2016). Los resultados muestran nivel de riesgo en la escala de burnout en 31 participantes de la muestra, además, el estilo de aproximación a la tarea era el más usado (28 profesionales). Por otro lado, al correlacionar ambas variables se halló $r = 0.485$ que corresponde a una correlación moderada, finalmente, se correlacionó entre dimensiones hallándose que entre agotamiento emocional y estilo de aproximación

a la tarea existe correlación moderada ($r = 0.378$) y; entre realización personal y estilos de afrontamiento socioemocionales también presentó correlación moderada ($r = 0,447$).

Muñoz et al. (2019), en su artículo titulado *Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú)*, utilizó un diseño metodológico de carácter descriptivo, comparativo, seleccionando una muestra de 87 médicos, 65,5% varones y 34,5% mujeres, con 35 años como promedio. Se utilizó como instrumento el BMI y una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados muestran que el 92% de los encuestados presentó niveles moderados de síndrome de burnout, seguido del 6,9% con nivel severo y el 1,1% nivel leve. Con respecto a las dimensiones, según el agotamiento emocional el 42,5% presentó niveles leves, 29,9% moderados y 27,6% severos; según despersonalización el 28,7% fue leve, 21,8% moderados y 49,4% severos; asimismo, según baja realización el 52,9% mostró niveles leves, 12,6% moderados y 34,5% severos. Se reportó diferencia estadísticamente ($p < 0,05$) en cuanto a la despersonalización a favor de aquellos médicos que llevan menos de 10 años de servicio, con un tamaño del efecto moderado ($n^2_H < 0,25$).

Espino (2019) realizó la investigación titulada *Burnout y estrategias de afrontamiento en el personal administrativo del Instituto Arzobispo Loayza- Lima 2018*, para obtener el grado de Maestro en gestión de los servicios de salud. Su objetivo fue determinar la relación entre ambas variables, utilizando una metodología básica, descriptiva, cuantitativa, no experimental, no transversal. Utilizó una muestra de 119 empleados quienes desarrollaron el instrumento denominada Modelo demanda control de Karasek (para medir el nivel de síndrome de burnout) y el inventario de estrategias de afrontamiento para estrés laboral de Lazarus y Folkman (que ha sido validado por Sandin y Chorot). Los resultados muestran un 73,1% con niveles alto de síndrome de burnout, 17,6% medio y 9,2% bajo; asimismo, según las dimensiones: cansancio emocional un 47,9% puntúa alto, 42,9% medio y 9,2% bajo; según despersonalización el 68,9% puntúa alto; y

finalmente, según realización personal el 35,3% puntúa alto y el 42% bajo. Los resultados para la variable estrategia de afrontamiento refieren que la dimensión focalizada en la solución del problema presenta un 62,2% nivel medio, 14,3% alto, 23,5% nivel bajo. Luego del análisis de correlación entre ambas variables se halló correlación positiva y fuerte ($r = ,932$; $p < .000$).

Casso (2018), presentó los resultados de su investigación *Estilos de afrontamiento y su relación con el burnout en teleoperadores de Lima Metropolitana* para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Social. El objetivo fue identificar la intensidad del síndrome de burnout y la correlación con los estilos de afrontamiento en 100 teleoperadores de una empresa de call center en Lima, siendo un 42,6% varones y 56,4% mujeres entre 18 y 30 años, el cálculo de la muestra fue seleccionada por probabilística por conveniencia. Se utilizó como instrumento el BMI de Maslach y Jackson, adaptada al Perú por Llaja et al. Los resultados reportan que en esta población no está presente el síndrome de burnout, asimismo, los estilos de afrontamiento más comunes fueron: 1) hacer ejercicios físicos, ejercicios relajantes y visitar a la familia, 2) ver películas acompañado y recibir masajes, y 3) salir a caminar o a bailar con alguien. Dichos factores mostraron un índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach de $\alpha = .73$, $\alpha = .52$ y $\alpha = .04$, correspondientemente (Casso Suarez, 2018). La escala de medición de burnout de Maslach y Jackson ($\alpha = .67$) mostró el factor de agotamiento emocional ($\alpha = .71$), de despersonalización ($\alpha = .26$) y de realización personal ($\alpha = .67$). En base a ello se logró demostrar que ningún participante cumplió con los criterios para establecer la presencia del síndrome de burnout de Maslach y Jackson, ya que los resultados de la muestra revelan que el factor de despersonalización resultó bajo inversamente a la expectativa, es decir que refleje un alto nivel. Igualmente, el factor de despersonalización resultó por debajo del mínimo deseado en la prueba de confiabilidad, por lo que no pudo ser tomado en cuenta para el estudio.

Carrasco (2017) presentó los resultados de la investigación titulada *Estrategias de afrontamiento y nivel del síndrome de burnout en los internos de estomatología de la universidad alas peruanas en 2017- II*, para optar por el título profesional de cirujano dentista. La investigación siguió un diseño no experimental, correlacional, transversal. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de afrontamiento COPE de 28 ítems y el cuestionario MBI con 22 ítems. Los resultados muestran que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el nivel del síndrome de burnout, es decir, a un nivel alto de síndrome de Burnout ocurre una inadecuada aplicación de estrategias de afrontamiento, para ello se aplicó la prueba Rho de Spearman ($r = -0.886$; $p = 0.000$).

1.5.3 Antecedentes locales

Gonzales (2015) realizó la investigación titulada *Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital III Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna, 2014*, para optar el título de segunda especialidad en Cuidado enfermero en paciente crítico con mención en adulto. Tipo de estudio: prospectivo, transversal, descriptivo y relacional. Se aplicaron dos instrumentos a una muestra de 15 enfermeras. Para el desarrollo del estudio, se ha tomado en consideración la versión dirigida a los profesionales de salud, MBI - *Human Services Survey* y el Inventario de estimación de afrontamiento (COPE). Entre los resultados se reportaron participantes con síndrome de burnout en nivel leve y moderado, además, en cuanto a estrategias de afrontamiento la mayoría utiliza las estrategias de afrontamiento referidos al problema; seguido de aquellas enfocadas en la emoción y enfocados a otros estilos. Se concluyó que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout.

Huanca (2018), realizó la investigación titulada *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras (os) y personal técnico de enfermería*

del C.S. San Francisco, Tacna – 2018, para optar el título de Licenciada en Enfermería. La investigación es de tipo cuantitativo, con un método descriptivo. La población fueron 45 trabajadores (24 enfermeros y 21 técnicos en enfermería). Se aplicaron los instrumentos MBI de Maslach y Jackson, y el inventario afrontamiento al estrés modificado. Los resultados reportados fueron que el 70,83% y 52,38% del personal de enfermería y técnicos de enfermería, respectivamente, presentan un nivel bajo de burnout, así como también un 38,10% de nivel moderado en técnicos de enfermería. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, las enfermeras(os) mostraron mayores porcentajes (62,50%) de uso regular de las mismas, sin embargo, fueron superadas por el personal técnico de enfermería (71,43%). Se estableció que no existe relación entre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento (Chi cuadrado de independencia $X^2= 4,327$ y p-valor = 0,364).

Figueroa (2016) realizó la investigación titulada *Relación entre modos de afrontamiento al estrés y niveles de estrés en docentes de nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Tacna del año 2015*, para optar el título de Licenciado en Psicología. El tipo de investigación fue básica con un diseño no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional. Se aplicaron los instrumentos Cuestionario de modos de afrontamiento y escala de estrés percibido. La muestra estuvo constituida por 123 docentes de siete instituciones educativas estatales (Tacna). Entre los resultados se encontró que: los modos de afrontamiento sobresalientes en esta población fueron reinterpretación positiva de la experiencia, aceptación, búsqueda de soporte emocional y búsqueda de soporte social, asimismo, el 66,7% presentó niveles de estrés medio. Finalmente, se halló correlación estadísticamente significativa entre los modos de afrontamiento al estrés: y afrontamiento directo, supresión de actividades competitivas, búsqueda de soporte social, búsqueda de soporte emocional, aceptación, retorno a la religión, negación y conductas inadecuadas.

Quiroz (2018), realizó la investigación titulada *Frecuencia del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Salud Metropolitano del MINSA en Tacna – 2018*, para obtener el grado académico de Maestra en gestión de los servicios de la salud. La investigación tuvo un diseño descriptivo, transversal en una muestra de 50 trabajadores de un centro de salud. Se utilizó el MBI de Maslach. Los resultados reportaron un 38% de presencia del síndrome de burnout un 52% con agotamiento emocional bajo, el 40% despersonalización alta y el 54% despersonalización baja, finalmente, el 66% con realización personal baja. Se relacionó este síndrome con características sociodemográficas y se halló correlación con aquellos que tienen más años de servicio ($p < 0.05$) y por su condición laboral nombrados ($p = 0,09$).

1.6 Definiciones operacionales

- *Agotamiento emocional o cansancio emocional*: determinado como el cansancio y fatiga que logra exteriorizarse física y/o psíquicamente, con una sensación referida como no poder dar más de sí mismo a los demás (Maslach & Jackson, 1981)
- *Despersonalización*: desarrollo de emociones, actitudes y respuestas negativas apartadas y frías hacia otras personas, principalmente hacia los beneficiarios del trabajo (Maslach & Jackson, 1981).
- *Baja realización personal*: se identifica por una aguda desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los resultados propios, con sentimientos de frustración y baja autoestima. Es la tercera fase del proceso, y radica en un apartamiento creciente de todas las actividades que no sean profesionales o laborales (Maslach & Jackson, 1981).
- *Burnout*: Respuesta al estrés laboral crónico que se identifica puesto que el individuo desarrolla un pensamiento de frustración emocional, la vivencia de hallarse agotado emocionalmente y actitudes negativas hacia las personas en su entorno laboral (Gil-Monte & Peiró, 1997).
- *Enfoque en el problema*: la persona utiliza acciones inmediatas dirigidas a perturbar la realidad problemática y disminuir los resultados negativos. Las

estrategias psicológicas específicas manejadas por estas personas pueden ser: buscar información acerca del problema, imaginar las diferentes opciones de solución que constan valorando cuál puede ser la más efectiva, planear la táctica de acción, establecer cómo efectuar los diferentes movimientos que llevan a la solución, buscar soporte en otras personas para que le den información, lo aconsejen, le faciliten apoyo económico, etc (Fernández, 1997).

- *Enfoque en la emoción*: pretende regular las consecuencias emocionales negativas del problema, pretendiendo reducir su impacto. Las estrategias psicológicas específicas manejadas en este estilo de afrontamiento son buscar sostén emocional en amigos y familiares (empatía, comprensión), alivio, orar, buscar el lado positivo del problema (¿Qué puedo aprender?), aceptación del problema, etc. (Fernández, 1997).
- *Enfoque en la evitación*: referido a evadir el inconveniente no pensando en él, esperar que el problema se solucione por sí mismo, imputar el error a otra persona, entretenerse con otras actividades para evadir pensar en la dificultad, etc. Es en la mayoría de los casos un estilo de afrontamiento desadaptativo imposibilita la utilización de estrategias (activas y/o pasivas) para hacer frente al problema (Fernández, 1997).

CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO DE LA SEGUNDA VARIABLE

2.1 Estilos de afrontamiento

El afrontamiento comprende aspectos de índole adaptativa y hace referencia al modo que posee un individuo para enfrentar a las situaciones que le producen conflicto, sobreponiéndose en cada circunstancia, se trata del marco estratégico que usa una persona para gestionar, manejar y controlar el estrés (Peres, 2008). Frente a las adversidades que pueden surgir en la relación persona-entorno la finalidad del uso de estos recursos es para sobreponerse a las mismas.

2.1.1 Definiciones de estilos de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) propusieron una definición de afrontamiento señalando los esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y se desarrollan para manejar una demanda específica interna o externa que supera los recursos del individuo, incluyendo también las consecuencias emocionales. Lazarus formuló la teoría sobre el afrontamiento iniciando un campo fructífero de investigación. De acuerdo con estos autores, luego de evaluar una situación y llegar a la conclusión que se trata de algo que excede o desborda los recursos de la persona, entonces, se pone en marcha el proceso de afrontamiento.

Zeidner y Hammer (1990) refieren que el afrontamiento es el comportamiento que brinda asistencia a la persona para controlar y dirigir las perturbaciones emocionales de un modo asertivo y evitando de este modo que se convierta en víctima de las consecuencias provocadas por los estresores y permitiendo la pronta recuperación.

Las conceptualizaciones más actuales como las de Skaalvik y Skaalvik (2015) exponen que es la forma que posee un individuo para enfrentarse a las circunstancias que diariamente le generan conflicto, es por ello que el afrontamiento es visto desde un marco estratégico para el manejo, gestión y control del estrés.

Los supuestos que sostienen la definición de los autores Lazarus y Folkman (1986) fueron: Primero, el afrontamiento no es un rasgo sino un proceso, al respecto, esto implica un cambio en los actos y pensamientos a medida que la interacción va desarrollándose (Peres, 2008). Segundo, el proceso de afrontamiento es diferente de la conducta adaptativa automatizada. Tercero, el afrontamiento implica cualquier conducta o pensamiento que se ejecute, aunque no se considere el resultado hallado. Cuarto, el manejo del afrontamiento no hace referencia al dominio del entorno. Quinto, el afrontamiento utilizado está dirigido a situaciones particulares.

Según Lazarus y Folkman (1986) la dinámica que caracteriza al afrontamiento se halla influenciada por constantes re-evaluaciones cognitivas en la relación persona-entorno, debido a que pueden centrarse en los esfuerzos por cambiar el entorno, aumentando su comprensión o modificando el significado de la situación.

Entre los antecedentes que ha explicado el término afrontamiento también se hallan los trabajos de Moos y Schaefer (1993) quienes afirman la existencia de cuatro perspectivas que han contribuido en la definición del término. Primero: la teoría de la evolución y adaptación de conducta (que relata acerca de la adaptación al ambiente y la variación en reproducción, así como la selección natural para supervivencia, poniendo énfasis en la facilidad para mejorar la supervivencia). Segundo: algunos conceptos psicoanalíticos (que postulaban según Freud la reducción de la tensión por medio de la satisfacción de instintos sexuales y agresivos, por lo que el afrontamiento era un mecanismo de defensa para lidiar con estos conflictos; según Moos y Sachaefer (1993) el aporte del psicoanálisis fue la comprensión de los procesos del yo como mecanismos cognitivos con funciones de defensa para reducir la tensión). Tercero: el desarrollo de las teorías del ciclo de

vida (cuyo representante fue Erik Erikson quien postuló las ocho etapas de la vida en las que cada persona va incrementando su repertorio de recursos de afrontamiento a medida que crece, dejando abierta la posibilidad que el afrontamiento sea entendido como aprendizaje y por tanto abra puertas para las sesiones terapéuticas con estos pacientes). Cuarto, afrontamiento en relación a crisis de vida y situaciones de transición (ya sea en un corto tiempo o durante etapas largas, como padecer una enfermedad crónica, migración, muerte, agresión).

El afrontamiento es una forma adecuada en función de la creación de una personalidad adaptativa. Las estrategias de afrontamiento se utilizan en un contexto muy concreto y van a depender mucho de los estímulos que actúan. El afrontamiento es la puesta en marcha para hacer frente a las situaciones estresantes, sin embargo, hay que considerar que iniciar este proceso no garantiza el éxito, pero si al hacerlo tiene éxito, entonces repetirá la solución para otras ocasiones similares o de lo contrario buscará otra forma de solucionarlo (Peres, 2008). Esto es a lo que podría llamarse “potencial de éxito”, debido a que estas habilidades no se improvisan, sino que se aprenden.

2.1.2 Funciones del afrontamiento

La función del afrontamiento está directamente relacionada con la consecuencia que tiene cada estrategia para superar la situación desbordante. Es por ello que se habla de adaptación para responder a las diferentes demandas del medio ambiente. Entre las funciones que citan Lazarus y Folkman (1986) se describen:

Primero, asegurar la información adecuada del entorno con la finalidad de afrontar las demandas sociales del entorno. Segundo, conservar las condiciones internas agradables para la acción y para el procesamiento de la información, creando un grado de motivación necesario para hacer frente a las demandas. Tercero, custodiar la autonomía y libertad en el movimiento para utilizar el propio repertorio según sea la circunstancia, con el objetivo de mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir las fuerzas y recursos hacia demandas

ambientales externas. Lo propuesto por estos autores forma parte de una perspectiva psicosocial del concepto de afrontamiento.

Según los trabajos realizados por Greenberg (1983 citado en Peres, 2008) la función del afrontamiento produce mejoras en las actividades cognitivas sociales; permite un mejor dominio y control de sí mismo; produce aumento de eficacia en la resolución de conflictos; crea entornos positivos para las relaciones interpersonales; permite la reflexión antes de la actuación; y finalmente, incentiva a una mejor planificación cognitiva antes de resolver el problema.

El objetivo primordial del uso de estos esfuerzos de afrontamiento (referidos a la conducta o al pensamiento) es para reducir la tensión que se experimenta como aversiva, para volver a un estado de equilibrio emocional, de allí que según Tello (2010) los estilos de afrontamiento cumplen el papel mediador entre la salud de la persona y el estrés percibido.

Es por ello que, al mencionar el desarrollo de estrategias de afrontamiento se relaciona al éxito social, adaptación y resolución de problemas. Para desempeñarse efectivamente en el mundo social se requiere aprender a conocer, interpretar, responder de modo apropiado en cada situación social. Recordar que la finalidad del afrontamiento es manejar la demanda interna y externa que provoca estrés y que son identificadas como desbordantes para la situación actual y los recursos que emplea el individuo (Ramírez, 2016).

2.1.3 Tipos de afrontamiento

Estudiar el afrontamiento ha llevado a la diferenciación entre estilos y estrategias de afrontamiento.

Los estilos de afrontamientos hacen referencia a las disposiciones personales para enfrentar las situaciones conflictivas y serían las responsables de tal o cual uso de estrategia de afrontamiento, es decir, se caracteriza por la estabilidad temporal (Fernández, 2002).

Cada persona tiene una forma determinada de enfrentarse a los problemas, la misma que se ve influenciada por como la persona se encuentra en relación a su estado de salud física o emocional, pero también comprende factores como la religiosidad, la creencia personal en control de las situaciones, el propio autocontrol, la motivación para ejercerla, la capacidad para resolver problemas y el tipo de habilidades sociales utilizadas (Ramírez, 2016).

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a cualquier conducta o proceso específico para responder y controlar el estrés generado (Peres, 2008) y puede ser muy cambiante dependiendo de la situación que lo desencadenó (Fernández, 1997).

El tema tiene relevancia en el campo psicológico y patológico desde la perspectiva que el ser humano se convierte en el intermediario entre los conflictos que generan estrés y con el tiempo de enfermedad; éstos pueden usar técnicas inconscientes para enfrentar el estrés como mecanismos de defensa (Castaño & León, 2010).

2.1.4 Estilos de afrontamiento

Fernández (1997) planteó un modelo integrador acerca de los estilos de afrontamiento, señalando tres dimensiones, a saber:

Primero, según el método empleado en el afrontamiento (donde además se distingue el método activo, pasivo y evitación: el primero moviliza esfuerzos para la solución del problema; el segundo no hace nada directamente con la situación y espera más bien que cambie la circunstancia y el tercero, huye de los hechos y sus consecuencias).

Segundo, según la focalización que permite la distinción del afrontamiento centrado en el problema (para cambiar la condición de conflicto), centrado en la emoción (para reducir el malestar emocional) y centrado en modificar la evaluación (en otras palabras, hacer una re-evaluación cognitiva del problema).

Tercero, según la actividad durante el afrontamiento: con presencia de esfuerzos cognitivos y conductuales, el primero podría tratarse de una conducta no visible, en cambio el segundo los comportamientos son vistos.

Pero según Kleinke (2007, citado en Cassaretto & Chau, 2016) los estilos de afrontamiento se explican mejor desde la postura planteada por Lazarus y Folkman (1986): afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción.

2.1.4.1 El afrontamiento activo o centrado en el problema

La persona utiliza acciones inmediatas que van destinadas a afectar la situación problemática y disminuir las consecuencias negativas. Las estrategias psicológicas específicas manejadas por estas personas pueden ser: buscar información sobre el problema, visualizar las diferentes opciones de solución que existen evaluando cuál puede ser la más efectiva, planificar la estrategia de acción, organizar cómo llevar a cabo los diferentes pasos que llevan a la solución, buscar soporte en otras personas para que le proporcionen información, lo aconsejen, le faciliten apoyo económico, etc. (Fernández, 1997). Estas estrategias se centran en la acción y se utilizan cuando la persona evalúa que puede hacer algo para cambiar la situación estresante.

2.1.4.2 El afrontamiento pasivo o centrado en la emoción

Pretende regular las consecuencias emocionales negativas del problema, reduciendo el impacto que produce, para ello dirige los esfuerzos cognitivos en crear un alejamiento de la situación estresante, implica pensar más y actuar menos para crear un cambio en la relación persona-ambiente. Las estrategias psicológicas específicas manejadas en este estilo de afrontamiento son buscar sostén emocional en amigos y familiares (empatía, comprensión), alivio, orar, buscar el lado positivo del problema, aceptación del problema, entre otras (Fernández, 1997). El empleo de estas estrategias cognitivas de afrontamiento es usado cuando la persona cree que es difícil hacer algo para cambiar al estresor y resuelve más bien sólo resistirlo.

El uso de tal o cual afrontamiento dependerá de la persona, de las vivencias subjetivas en las que habrá tenido éxito o fracaso con el objetivo de reducir el malestar y el impacto producido por un evento estresor (Castro et al., 2017).

Según refiere Carver et al. (1989) las investigaciones en el afrontamiento centrado en el problema resultan de mayor utilidad para la persona porque se relaciona con un mayor bienestar físico, en cambio, el afrontamiento centrado en la emoción se trata más bien del uso de estrategias paliativas o de escape tanto cognitivo como conductual. Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) refieren que este último es útil cuando la circunstancias que se enfrentan no se pueden cambiar y este estilo ayudaría a mantener la esperanza para controlar la angustia producida.

2.1.5 Modelos teóricos de afrontamiento

Explica la existencia de dos posturas en las que el afrontamiento es influido por las diferencias individuales:

Primera postura, las estrategias de afrontamiento son de carácter estable, caracterizadas por una disposición fija a través del tiempo e independiente de las circunstancias. Por ello, se podría proponer que provienen de las dimensiones de la personalidad que predisponen a las personas a afrontar el conflicto con determinadas estrategias y no con otras (Carver et al., 1989).

La segunda postura, privilegia el contexto situacional en el que se produce la estrategia de afrontamiento. Los autores Lazarus y Folkman (1986) describieron el proceso como dinámico y con cambios de las personas de acuerdo a la situación, quienes usaban distintas estrategias a medida que se relacionaba la persona con el entorno. La diferencia surge a partir de las situaciones cambiantes y dinámicas y no por los rasgos de personalidad.

Sin embargo, aunque parezcan dos posturas antagónicas no puede tratarse de ese modo, porque no son realidades excluyentes debido a que hablar de estabilidad no implica afirmar que algo sea estático, antes bien, todo proceso

requiere darse sobre la estabilidad de algo estructurado para que alcance a ser identificado. Por ello investigar sobre este tema es saber cómo una persona hace para regularse a sí misma luego de ocurrido un evento que la ha desplazado (Cassaretto, 2009). La perspectiva actual de afrontamiento acepta ambas posturas: en términos estables y temporales dependiendo del contexto de la persona. Ambas posturas han permitido desarrollar instrumentos para medir el afrontamiento.

2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento

El afrontamiento o *coping* de acuerdo a Martínez et al. (2006) se refiere al esfuerzo cognitivo, conductual y de carácter inconstante que se establece para manipular las demandas concretas externas o internas que son valoradas de manera desbordante para las personas.

El afrontamiento centrado en la emoción requiere mayor profundización para explicar la situación que se vive, implican desde la negación hasta la interpretación positiva de los sucesos, buscando también apoyo social. De la misma manera, el afrontamiento centrado en el problema implica actividades que incluyen la planificación, buscar ayuda, descarte de otras actividades e incluso forzar antes de esperar actuar. Es por ello que para estudiar cada una de las estrategias de afrontamiento empleadas es necesario medirlas por separado (Carver et al., 1989)

Son numerosas las estrategias de afrontamiento frente al estrés, sin embargo, algunos ítems usados tanto para el afrontamiento centrado en el problema como en la emoción quedaban un tanto ambiguos, por lo que Carver et al. (1989) propusieron nuevas dimensiones para medir tales estrategias que variaban desde la menos funcional hasta la más funcional. Se describen: el afrontamiento activo cuyo proceso consiste en eliminar el factor estresante, por ello incluye iniciar una acción directa, aumentar el esfuerzo y ejecutar un intento de afrontamiento de un modo progresivo (lo cual se parece mucho a la descripción propuesta de afrontamiento centrado en el problema).

En las últimas décadas se sigue investigando acerca de este constructo, pero cada vez se hace más necesario contar con instrumentos de medición que no demanden demasiado tiempo a los encuestados para que no resulte abrumadora la tarea que se está realizando.

Asimismo, la propuesta de Carver et al. (1989) incluye también la medición de estrategias de afrontamiento desadaptativas o disfuncionales. Estos autores han seguido la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) pero trabajando desde nuevas dimensiones de estudio que agrupan diversas estrategias. Según refieren los autores, las respuestas de afrontamiento que evalúa son importantes en el proceso mismo y además son predictivos de otros posibles efectos fisiológicos. Según ellos, no importa el carácter activo o pasivo que presente una estrategia mientras sea útil para resolver una situación concreta.

El COPE breve consta de 14 escalas de dos ítems cada una tomados a partir de la escala original de 60 ítems, pero se excluyeron aquellos que no habían probado ser útiles en trabajos anteriores. A continuación, se explica dichas escalas:

2.2.1 Afrontamiento activo

Realización de una acción directa y racional a fin de solucionar el problema y minimizar las consecuencias negativas. Entre las acciones concretas a tomar se hallan: la búsqueda de información del problema, usar el ejercicio de visualización de diferentes opciones de solución, planificando una estrategia de acción, la organización para llevar a cabo los distintos pasos de la resolución del problema, búsqueda de apoyo a las personas que orienten con un consejo o presten ayuda económica. (Carver et al. 1989). También puede incluirse la supresión en la participación de actividades competitivas o suprimir el procesamiento de canales de información.

2.2.2 Planificación

Análisis racional del problema a fin de crear estrategias que puedan afectar la realidad problemática. Según Carver et al. (1989) planificar es pensar cómo lidiar con un factor estresante. La planificación se da durante la evaluación secundaria,

mientras que el afrontamiento se da directamente en la fase del mismo nombre. Implica: idear estrategias de acción, pensar qué pasos tomar y cuál es la mejor manera de manejar el problema. Lo principal es la solución del problema, sin embargo, no incluye la ejecución de una acción.

2.2.3 Apoyo emocional

Búsqueda de comprensión en los demás a cerca de la situación problemática. Este es un afrontamiento centrado en el problema que busca el apoyo social por una razón emocional con el objetivo de obtener apoyo moral, simpatía o comprensión. Hay dos tipos de apoyo, aunque en la práctica coexisten y es una doble espada, debido a que una persona que se vuelve insegura por una situación estresante puede tranquilizarse obteniendo este tipo de apoyo. Sin embargo, podría suceder que este apoyo se utilizaría como una salida para ventilar los propios sentimientos y usarlo de esta manera no siempre es adaptativo (Carver et al., 1989).

2.2.4 Apoyo social

Buscar información y recomendaciones en los demás sobre las potenciales soluciones al problema. La noción que no siempre es útil buscar apoyo debido a que puede utilizarse como un arma de doble filo. La funcionalidad de la respuesta va a depender de la circunstancia, por ejemplo, una persona en período de duelo puede utilizar este recurso para adaptarse a la pérdida de un ser querido y luego seguir adelante, pero centrarse en estas emociones por un largo período puede impedir el ajuste. Queda claro que centrarse en la angustia puede distraer a las personas de un esfuerzo activo de afrontamiento (Carver et al., 1989).

2.2.5 Religión

Se trata de factores protectores en el ser humano para las diversas áreas de la vida, contribuyen a que la persona fortalezca su autoestima, que sea fuente de fortaleza y esperanza, incluso también se afirma que genera mayor satisfacción con la vida y bienestar. Se constituye así en una estrategia de afrontamiento activo porque permite la superación de los propios problemas existenciales buscando el

significado a las situaciones estresantes de la vida, así como también, construye acontecimientos desde un nuevo punto de vista.

2.2.6 *Reevaluación positiva*

Afrontamiento activo enfocado a crear un significado nuevo a la realidad problema, pretendiendo sacar la parte positiva de las dificultades, se busca aprendizaje, aspectos positivos con el objetivo de tolerar la problemática y/o enfrentar la situación.

2.2.7 *Aceptación*

Este tipo de estrategias son usadas con la finalidad de reconocer y aceptar el problema tal y como sucede, desde allí generar medidas de resolución.

2.2.8 *Negación*

Ausencia de conformidad con el problema, se evade deformando la realidad a fin de que su valoración sea coherente con nuestra valoración. La persona que la utiliza se comporta como si el problema no existiera o por lo menos, trata de no pensar en él, alejándose de todos los hechos que se relacionan con ese problema.

2.2.9 *Humor*

El humor se ha relacionado con la relajación muscular, control del malestar y del dolor, parece proteger a la persona de aquellos efectos negativos de la tensión y ansiedad. El humor produce un cambio cognitivo-afectivo porque reestructura la percepción de la situación, hallándola menos amenazadora y con ello reduciendo la activación fisiológica. Leftcourt et al. (1995) distingue dos formas de afrontamiento relacionadas al humor: uno de ellos focalizado en el problema (para alterar la situación misma) y el otro focalizado en la emoción (como una medida de defensa para disminuir las reacciones emocionales negativas).

2.2.10 *Autodistracción*

Se trata de un tipo de afrontamiento evitativo que tiene una función de adaptación. Por ejemplo, se consideran actividades como mirar televisión, leer,

pasear, estudiar. También pueden incluirse respuestas como enfocarse en el trabajo o en otra actividad para distraer la mente, realizando cosas para pensar menos en el suceso crítico, es por ello que se considera como una medida de evitación cognitiva, que puede convertirse en disfuncional si se mantiene por un tiempo prolongado, impidiendo el afrontamiento adaptativo, sin embargo, según Carver et al. (1989) es importante conocer su rol al momento de hablar sobre la efectividad en el afrontamiento, sobre todo en estadíos tempranos porque minimizan la reacción emocional facilitando el afrontamiento.

2.2.11 Autoinculpación

Es una estrategia desadaptativa que puede ser definida en términos de culpa, es decir, en una visión negativa de sí mismo. Este tipo de estrategia no facilita la capacidad de organización y expresión de pensamientos y emociones. Entre los ítems que proponen Carver et al. (1989) se mencionan: “Me critico a mí mismo” y “Me echo la culpa de lo que ha sucedido”.

2.2.12 Desconexión

Evitar la solución del problema con el empleo de pensamientos distractores a fin de evitar preocuparse por el problema. Es una tendencia de afrontamiento disfuncional en muchas circunstancias. Lo que sucede es que se reduce el esfuerzo para lidiar con el suceso estresor e incluso se renuncia al intento de lograr metas con las que interfiere el factor estresante. En teoría, la desconexión conductual es más probable que ocurra cuando la gente espera resultados deficientes para afrontar la situación. Pueden ocurrir ambos tipos de desconexión: mental como conductual. La desconexión mental sirve para distraer a la persona de pensar en el objetivo, por ejemplo, soñar despierto, escapar mirando TV, escapar mirando series

2.2.13 Desahogo

Esta estrategia de afrontamiento busca la expresión libre de sentimientos y emociones desagradables o negativas producidas por la situación de conflicto, entre

los ítems que cita Carver et al. (1989) se hallan: “digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables” y “expreso mis sentimientos negativos”.

2.2.14 Uso de sustancias

Es un tipo de afrontamiento evitativo cuyo objetivo es aliviar de forma inmediata el malestar generado por las situaciones conflictivas, entre los ítems se incluyen, por ejemplo: “utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor”, “utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo” (Carver et al, 1989).

2.3 Relación entre estrategias de afrontamiento y burnout

La distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por personal médico se correlacionaron con el burnout, especialmente con el área de agotamiento, aunque hubo una distinción especial, porque aquel personal de salud que emplearon estrategias de aceptación, afrontamiento activo y reencuadre positivo fueron los que menos agotamiento emocional tuvieron, además presentaron menores puntos en despersonalización; sin embargo, aquéllos que emplearon negación o desconexión fueron los que presentaron puntajes más alto de agotamiento emocional y despersonalización, especialmente la autculpa generó puntuaciones más altas de agotamiento emocional (Doolittle, Windish y Charles, 2013).

CAPÍTULO III: FUNDAMENTO TEÓRICO CIENTÍFICO DE LA PRIMERA VARIABLE

3.1 Definición de síndrome de burnout

Etimológicamente la palabra burnout proviene del término *burn* sustantivo/verbo anglosajón que traducido al español significa *quemadura / quemar*. Cuando se utiliza la expresión inglesa *Burnout*, ésta cobra una nueva acepción que significa *estar quemado o acabado*. Por otra parte, se entiende como síndrome, al conjunto de signos y sintomatologías propios de una enfermedad o anomalía específica.

No consta una definición aceptada de manera unánime del Síndrome de Burnout, pero sí, se ha llegado al consenso de considerarlo como una respuesta crónica al estrés laboral y una experiencia anímica interna para el sujeto que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos, las que tendrán una repercusión negativa para el individuo en cuestión, al involucrar alteraciones, dificultades y disfunciones psicofisiológicas con resultados nocivos para su persona, la institución y los pacientes.

3.2 Datos históricos

El primer antecedente histórico del Síndrome de Burnout se halla en el estudio elaborado por Schwartz y Will, quienes referían un sentimiento de baja moral y desapego de los pacientes y enfermeras de un hospital psiquiátrico. En 1974, el psiquiatra Freudenberger (1980), quien trabajaba en Nueva York en

una clínica para toxicómanos, introduce por primera vez la expresión Burnout en la literatura médica, al observar que la mayoría de los voluntarios, luego de un año de trabajo, presentaban una pérdida continua de energía hasta alcanzar al agotamiento, presentando sintomatologías de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo e irritación con los pacientes. A partir de estos hallazgos Freudenberger explicó que este síndrome consiste en desgastarse o sentirse cansado, exhausto como consecuencia de la falta de energía o escasa fuerza o recurso. Es lo que ocurre cuando un miembro de una organización, cualquiera sea la razón, al cabo de muchos intentos se torna inoperante producto del desgaste emocional.

Maslach y Jackson (1977), dan a conocer la definición más aceptada en la actualidad; estableciendo que el síndrome de Burnout es una manera inconveniente de enfrentar un estrés emocional crónico, cuyas características principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

La psicóloga social Christina Maslach de la Universidad de Berkeley, California, retoma el término utilizado por Freudenberger para precisar el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout. En vínculo con el psicólogo P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, y la psicóloga Susan E. Jackson, desarrollaron un instrumento para evaluar este síndrome, al cual denominaron Cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Leiter, Maslach y Jackson (1981) que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado a nivel mundial; siendo traducido al idioma español por el doctor José Carlos Mingote Adam de la Universidad Complutense de Madrid, España (Mingote, 2005).

Otros autores como Gil-Monte y Peiró (1997), conceptualizaron el síndrome de *quemarse por el trabajo* como una respuesta al estrés laboral crónico que se identifica puesto que el individuo desarrolla un pensamiento de frustración emocional, la vivencia de hallarse agotado emocionalmente y actitudes negativas hacia las personas en su entorno laboral.

Este síndrome es de suma importancia, debido a que no sólo aqueja la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo sufre, sino que, en diversas ocasiones, se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; resultando dañino tanto para los profesionales que lo muestran, así como para los que son atendidos por alguna persona que lo sufre. La incidencia de este síndrome ha ido en aumento, lo que motivó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a calificarlo de riesgo laboral en el año 2000 (Palmer et al., 2009).

3.3 Variables desencadenantes del síndrome de burnout

El desarrollo del Síndrome de Burnout se relaciona con la existencia de variables las que anteceden a la ocurrencia del síndrome y pueden ayudar a entender mejor su origen. Las variables desencadenantes de este síndrome son muy diversas y se han enfocado desde múltiples perspectivas. Algunas más correspondidas con aspectos particulares del individuo, otras con tipologías propias del contexto laboral o con aspectos concernidos a condiciones externas al trabajo o inclusive, desde aspectos interrelacionados. Las variables se dividen en tres categorías: personales, organizacionales y sociales (Rodríguez et al., 2009).

3.3.1 Variables personales

Son variables propias del individuo que se asocian con su personalidad, sentimientos, pensamientos, emociones y actitudes, las cuales va desarrollando continuamente a lo largo de su vida.

- *Sexo*: la variable sexo no tiene una atribución clara. El rol que juega la mujer en el ámbito familiar-laboral, la hace más vulnerable al Burnout. Es así que, las mujeres muestran más conflicto de roles, principalmente conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que más propensión a mostrar el síndrome. Se ha observado que la mujer muestra puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional del MBI, pero más bajas en realización personal,

mientras que el hombre registra un nivel más alto en despersonalización. No obstante, esta variable no es del todo irrefutable (Rodríguez et al., 2009).

- *Edad*: más que manifestarse en un rango de edad exacto, se ha observado una época especialmente vulnerable para desarrollar este síndrome, debido a las expectativas idealistas que se tienen hacia el trabajo y la práctica de la carrera. Esta época comprende los primeros años como profesional, período en que se registra una situación en que las recompensas, tanto profesionales como económicas, no son lo que se esperaba. Por otra parte, constan estudios que indican que con la madurez disminuye la frecuencia del síndrome, concluyendo que esta disminución puede estar sujeta a la capacidad adquirida del profesional de hallar estrategias de afrontamiento para un mejor manejo de las situaciones, producto de su experiencia laboral (Rodríguez et al., 2009).
- *Estado civil*: no se ha llegado a un consenso relacionado a esta variable, sin embargo; parece ser que profesionales de la salud, solteros, presentan con mayor frecuencia el cansancio psíquico y físico característico de este síndrome, en comparación con los profesionales que tienen una pareja estable. Al mismo tiempo se ha observado, que los profesionales que son padres suelen ser personas más maduras y estables, lo que derivaría en una estrecha interrelación entre la paternidad y una mejor capacidad para afrontar los problemas personales y los conflictos emocionales (Rodríguez et al., 2009).
- *Estrategias de afrontamiento*: supone la capacidad del individuo para emplear estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a las diversas situaciones, centradas en el carácter activo y en el problema. El manejo adecuado de estrategias de afrontamiento, hacen que reduzca la posibilidad de padecer Burnout (Rodríguez et al., 2009).
- *Expectativas personales*: se refiere a aquellos resultados esperados por el individuo en base a sus sentimientos de esperanzas e ilusiones que se tienen

hacia cualquier suceso vital. Conforme las expectativas de la persona no se cumplan, aumentaría el riesgo de sufrir burnout (Rodríguez et al., 2009).

- *Demandas emocionales:* se ha podido advertir, que cuando las exigencias emocionales son excesivas en el trabajo y en el entorno familiar, el individuo puede verse sobrepasado por ellas y abrumado por las diversas situaciones, presentando altos niveles de agotamiento emocional (Rodríguez et al., 2009).

3.3.2 Variables organizacionales

Son variables intrínsecas a la organización que consiguen, por sí mismas, crear escenarios negativos, o bien, juegan un papel significativo en la interacción perenne trabajador-puesto de trabajo (Rodríguez et al., 2009).

- *Sobrecarga laboral:* se refiere a los requerimientos del trabajo que exceden las lógicamente tolerables y que suelen ir seguidas de exceso de tareas desagradables, a mayor cantidad de exigencias, mayor será la responsabilidad en sus acciones frecuentes, lo que provocará un aumento de probabilidad de presentar el síndrome (Rodríguez et al., 2009).
- *Horarios y turnos laborales:* el trabajo nocturno es una variable que incide en este síndrome, principalmente cuando a su vez envuelve una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias para socializar debido a la falta de descanso del trabajador (Rodríguez et al., 2009).
- *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías:* las nuevas tecnologías aquejan a los profesionales, facilitando o dificultando el ejercicio de las tareas y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar su actividad laboral (Rodríguez et al., 2009).

- *Estructura organizacional*: el Burnout se da en aquellas organizaciones desmedidamente concentradas o rígidas, en las que usualmente todo definido con anterioridad y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones son muy limitadas. También en organizaciones descentralizadas donde la improvisación se impone a la presencia de protocolos claros (Rodríguez et al., 2009).
- *Estresores económicos*: cuando existe inseguridad económica producto de factores como: contratos a corto plazo, ausencia de los mismos, insolvencia económica, previsiones negativas sobre el futuro de los puestos de trabajo, etc. aumenta la vulnerabilidad al Burnout (Rodríguez et al., 2009).
- *Clima organizacional*: conjunto de estímulos que un individuo percibe en la organización, los cuales configuran su contexto de trabajo. Estando integrado por elementos como la participación en la toma de decisiones, autonomía en el trabajo, compromiso con la actividad laboral y las relaciones con los compañeros (Rodríguez et al., 2009).
- *Salario*: existe escasa documentación acerca del rol que juega este componente, no obstante, cabe mencionarlo como un factor de insatisfacción laboral que aqueja la expectativa del profesional de salud (Rodríguez et al., 2009).

3.3.3 *Variables sociales*

Son las que se establecen fuera del espacio de trabajo. Comprenden los factores familiares, políticos, sociales y económicos que inciden sobre el sujeto (Rodríguez et al., 2009).

- *Apoyo social*: este factor está centrado esencialmente en el apoyo que la persona tiene de familiares y amigos, en relación con su desempeño laboral. Las relaciones positivas con familiares y/o pareja otorgan a la persona cierta inmunidad a padecerlo (Rodríguez et al., 2009).

- *Comunicación:* cuando los flujos comunicacionales se dañan en el ambiente social del individuo, la posibilidad de sufrir el síndrome de burnout aumenta (Rodríguez et al., 2009).
- *Actitudes de familiares y amigos:* se refiere al sentido positivo o negativo que otorga el individuo a las actitudes de familiares y amigos hacia él. Antes actitudes más adversas, mayor es la posibilidad de presentar síndrome de burnout (Rodríguez et al., 2009).
- *Problemas familiares:* el hecho de que sucedan problemas familiares que distorsionen el funcionamiento estándar de la dinámica del hogar, induce a la persona a sufrir Burnout (Rodríguez et al., 2009).
- *Recursos de afrontamiento familiares:* cuando la familia facilita la puesta en marcha de varios recursos para enfrentar las circunstancias que pueden dar lugar al síndrome de burnout, la persona muestra menor vulnerabilidad a su padecimiento (Rodríguez et al., 2009).
- *Cultura:* el Burnout no afecta de igual modo a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido esencialmente, a que ésta no sólo determina la manera de entender el desempeño laboral, sino que también la forma de percibir las relaciones sociales y los distintos apoyos que la persona puede recibir (Rodríguez et al., 2009).

3.4 Dimensiones del síndrome de burnout

La propuesta más aceptada es la que plantean Maslach y Jackson (1981), quienes señalan tres dimensiones para el síndrome de burnout:

Agotamiento o cansancio emocional: definido como el cansancio y fatiga que puede exteriorizarse física y/o psíquicamente, con una sensación representada por no poder dar más de sí mismo a los demás. Compone la primera fase del proceso, determinada por una pérdida creciente de las energías vitales y una incongruencia gradual entre el trabajo ejecutado y el cansancio experimentado. En esta etapa, las personas se tornan susceptibles, surge la queja invariable por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de entretenerse con las tareas. Desde un enfoque exterior, se las percibe como personas invariablemente insatisfechas, incómodas y susceptibles (Maslach & Jackson, 1981).

Despersonalización: desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas apartadas y frías hacia otras personas, principalmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. En esta segunda fase, el individuo comienza a presentar sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal y en lugar de pronunciar estos sentimientos y remediar los motivos que los ocasionan, las personas que sufren el Síndrome de Burnout manifiestan una fachada hiperactiva, que aumenta su impresión de agotamiento, alternando entre la depresión y la hostilidad hacia el medio (Maslach & Jackson, 1981).

Baja realización personal: se define por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los resultados personales, con emociones de fracaso y baja autoestima. Es la tercera fase del proceso, y radica en un alejamiento creciente de todas las acciones que no sean laborales. Existe pérdida de ideales y fundamentalmente, el sujeto va restando su participación de las actividades familiares, sociales y recreativas, estableciendo una especie de aislamiento (Maslach & Jackson, 1981).

3.5 Sintomatología

Los síntomas que advierten del burnout son la falta de ilusión o motivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico, los que no remiten el descanso, exteriorizándose en un bajo rendimiento laboral, ausentismo, emociones de

frustración y descontento. Entre los síntomas físicos se hallan el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, pérdida de peso, dificultad respiratoria, dolores musculares (principalmente en espalda y cuello), pérdida de ciclo menstrual.

Consecuentemente, Gil-Monte (2001), propone los principales síntomas psicológicos relacionados al síndrome de Burnout:

- *Síntomas cognitivos:* sentirse contrariado, sentir que no valoran su trabajo, apreciarse incompetente de realizar tareas, pensar que no puede hacer nada, pensar que lo realiza todo incorrectamente, falta de control, negativismo perceptivo, amplificación de las circunstancias, impresión de no mejorar, inseguridad, pensar que el trabajo no vale la pena, merma de la autoestima (Gil-Monte, 2001).
- *Síntomas afectivo-emocionales:* nerviosismo, irritación y mal humor, disgusto e irritación, frustración, agresividad, desilusión, aburrimiento, impotencia, depresión o tristeza, desgaste emocional, intranquilidad, sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2001).
- *Síntomas actitudinales:* falta de entusiasmo por el trabajo, dejadez, ineptitud, intolerancia, quejarse de todo, valorar de manera negativa a los que le rodean, romper con el ambiente laboral, ver al paciente como un enemigo, insensibilidad con los pacientes, indolencia, atribuir a los demás su situación Gil-Monte (2001).
- *Síntomas conductuales:* aislamiento, falta de cooperación, irritación al responder, enfrentamientos Gil-Monte (2001).

3.6 Sintomatología y curso del síndrome de Burnout

El síndrome de burnout no aparece súbitamente, sino todo lo contrario, lleva un largo proceso de incubación que más tarde va incrementándose de manera paulatina y con mayor severidad, de un grado leve hasta uno mayor. Según lo mencionado por Edelwich (1980), reconoce cuatro fases o etapas:

- *Primera fase:* entusiasmo, con alta expectativas profesionales poco realista.
- *Segunda fase:* encantamiento, en la que el profesional se da cuenta que su trabajo no siempre obtiene el efecto deseado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en esta etapa es factible contagiarse por el pesimismo de sus compañeros afectados.
- *Tercera fase:* frustración, en la que el profesional delibera el valor de sí mismo y de su trabajo, asimismo las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inicia en etapas preliminares, surgen completamente.
- *Cuarta fase:* apatía o indiferencia hacia el trabajo.

3.7 Consecuencias del síndrome de burnout

El síndrome de burnout provoca en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo – afectivas, conductuales y sociales, las que además generan consecuencias significativas para la organización a la que se corresponde (Edelwich, 1980).

Consecuencias para la organización: las consecuencias del burnout que más repercuten sobre las organizaciones se ven reflejadas en el incumplimiento de los objetivos y resultados que éstas tienen y esperan. Entre ellos, cabe citar la insatisfacción ocupacional de los trabajadores que padecen burnout, el ausentismo laboral elevado, el bajo interés por las actividades laborales por parte de dichos funcionarios, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales de éstos con supervisores, compañeros y usuarios

de la organización, un aumento de la rotación laboral no deseada y el incremento de accidentes en el lugar de trabajo (Edelwich, 1980).

Consecuencias personales: son aquellas que interfieren en tres distintos ámbitos del individuo abarcando las fisiológicas: tales como alteraciones gastrointestinales, cefaleas, contracturas musculares e hipertensión. Las cognitivas – afectivas; refiriéndose a distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad y sentimientos depresivos. Y por último, las conductuales; abarcando el ausentismo laboral, abuso de drogas e incapacidad para relajarse (Edelwich, 1980).

Consecuencias sociales: Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo, sobre las relaciones interpersonales, se relacionan a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto, Incluyendo la disminución de las relaciones interpersonales extra laborales del individuo, actitudes negativas de éste hacia la vida en general y disminución de su calidad de vida (Edelwich, 1980).

3.8 Presencia del burnout en personal médico

La población médica, por la naturaleza misma de su trabajo, está sometida a constantes desarrollos del síndrome de burnout, la responsabilidad sobre otros pacientes, la presión laboral y otros factores que pueden repercutir negativamente en el adecuado profesionalismo o en la calidad de atención a pacientes, esto debido a que pueden incrementarse errores médicos en el ejercicio de su profesión. De allí la importancia de tratar este asunto con sumo cuidado porque el burnout no sólo afecta al profesional sanitario, sino que el paciente es el que padece de los errores del mismo (García-Morán & Gil-Lacruz, 2016).

3.9 Técnicas de prevención del síndrome de Burnout

- *Mantener un estilo de vida saludable:* alimentación moderada, honestidad, no alterarse fácilmente, relajación, paciencia, ejecución de ejercicio físico y pasatiempo en algún momento del día para la independencia con la vida laboral, no ser aprensivo (Guerrero & Vicente, 2001).
- *Satisfacción en el lugar de trabajo:* si no se encuentra satisfecho en el trabajo y se siente agotado o quemado por esto, se debiera preguntar: qué es lo que falla y como se podría afrontar (Guerrero & Vicente, 2001).
- *Apoyo personal y social:* desde lo laboral a lo familiar, es muy significativo tener este tipo de apoyo y para todos los contextos, ya que nos puede ayudar con el afrontamiento de una situación negativa que se padece o inclusive ver las cosas desde otro matiz (Guerrero & Vicente, 2001).
- *Comunicaciones abiertas:* la comunicación, con honestidad y educación, es un elemento muy significativo para que logremos expresar lo que deseamos, siendo asertivos. Es una forma de evadir la despersonalización que se ha señalado anteriormente (Guerrero & Vicente, 2001).
- *Mejora de la organización personal:* la organización siempre es un paso muy significativo para poder llevar a cabo los objetivos en la vida y usar las técnicas de afrontamiento más apropiadas para cada caso (Guerrero & Vicente, 2001).
- *Desarrollo de habilidades profesionales:* no quedarse detenido o acorralado y seguir desarrollando habilidades, hará que nos sintamos más felices con nosotros mismos y con lo que hacemos, evadiendo así el sentimiento de falta de realización personal que identifica al burnout. Conjuntamente, sería de gran relevancia exponer que la prevención de este tipo de estrés, también ha de abordarse desde la perspectiva organizacional (Guerrero & Vicente, 2001).

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Enunciado de las hipótesis

4.1.1 *Hipótesis general*

Existe correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020

4.1.2 *Hipótesis específicas*

- Los estilos predominantes de afrontamiento son: apoyo emocional, apoyo social, autodistracción y afrontamiento activo, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.
- Existe un nivel de prevalencia del síndrome de burnout significativo, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.
- El tipo de correlación existente entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout es inversa/negativa, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

4.2 Operacionalización de variables y escalas de medición

4.2.1 Operacionalización de síndrome de burnout

Tabla 1

Operacionalización de la variable síndrome de burnout

Variable	Dimensión	Indicadores	Categorías	Escala de medición
Síndrome de burnout	Agotamiento Emocional	Irritabilidad Desesperanza		Ordinal
	Despersonalización	Insensibilidad ante las personas	0 – 29 poco probable 30–39 leve 40–49 moderado > 50 grave	
	Realización Personal	Cansancio y desinterés profesional		

4.2.2 Operacionalización de estilos de afrontamiento

Tabla 2

Operacionalización de la variable estilos de afrontamiento

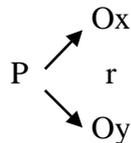
Variable	Dimensión	Indicadores	Categorías	Escala de medición
Estilos de afrontamiento	Afrontamiento activo	Búsqueda de cambio		Ordinal
	Planificación	Plan estructurado		
	Apoyo emocional	Compresión de los demás		
	Apoyo social	Consejería		
	Religión	Rezo, meditación		
	Reevaluación positiva	Re-estructuración cognitiva	0 – 3 no predominante	
	Aceptación	Resignación	4 – 6 predominante	
	Negación	Incredulidad		
	Humor	Humorismo		
	Autodistracción	Desatención		
	Autoinculpación	Acusación		
	Desconexión	Evitación		
	Desahogo	Alivio		
Uso de sustancias	Drogas			

4.3 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación por su finalidad es básica, por cuanto, pretende profundizar en el conocimiento de las variables. Por su enfoque, es una investigación cuantitativa (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El diseño de la investigación es de tipo no experimental porque no se va a manipular ninguna de las variables. Y transaccional porque solo se hizo una medición en el tiempo y finalmente de nivel correlacional porque se va a buscar la relación entre ambas variables (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Cuyo esquema es:



Dónde:

P= Población

Ox, Oy = Observaciones obtenidas de cada variable

R=relación/asociación

4.4 Ámbito y tiempo social de la investigación

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020, es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Tacna, categorizado como un Hospital II-2, que brinda atención de salud de mediana complejidad a través de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona; asimismo, desarrolla actividades de docencia-servicio e investigación en los ámbitos de pregrado de salud, actividades de residencia médica y segunda especialidad en ciencias de la salud, de duración indefinida.

4.5 Unidad de estudio, población y muestra

4.5.1 Unidades de estudio

Personal de emergencia y cuidados críticos del HHU – Tacna.

4.5.2 Población

La población la conforman el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en un número de 273 trabajadores distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 3
Población

Denominación del órgano	Denominación de la unidad orgánica	Cargo estructural	N° trabajadores	Total de trabajadores	
Departamento de emergencia y cuidados críticos	Servicio de enfermería en hospitalización y cuidados críticos	Jefe/a de servicio	1	256	
		Enfermera/o especialista	56		
		Enfermera/o especialista	75		
		Asistente en servicios salud II	5		
		Técnico/a en enfermería	118		
		Trabajador/a de servicios generales	1		
	Servicio de emergencia	Jefe/a de servicio	1	10	
		Médico especialista	2		
		Médico	1		
		Trabajador/a social	5		
		Trabajador/a de servicios generales	1		
		Jefe/a de servicio	1		2
		Técnico/a administrativo	1		
		Servicio de cuidados críticos	Jefe/a de servicio		1
Médico especialista	4				
Total			273 trabajadores		

Fuente: Elaboración propia asignación de personal Hospital Hipólito Unanue – LEY n° 27867 Ordenanza Regional Nro. 017 – 2018 – CR/GOB.REG.TACNA

Criterios de Inclusión

- Ser un trabajador del área de salud del HHU del departamento de emergencia y cuidado críticos.
- Aceptar el consentimiento informado de modo virtual.
- Completar la evaluación de ambos cuestionarios y ficha de datos sociodemográficos.

Criterios de exclusión

- No ser trabajador del departamento de emergencia y cuidado críticos del HHU.
- No autorizar con el respectivo consentimiento informado.
- Que falten datos al momento de completar los cuestionarios y/o ficha de datos sociodemográficos.

4.5.3 Muestra

La muestra está conformada por el número obtenido de acuerdo a la fórmula del cálculo del tamaño de la muestra (muestras finitas). Para determinar el tamaño de la muestra se considera los siguientes criterios:

- Nivel de confianza: 95%.
- Margen de error 5%.
- Tamaño de la población: 273 trabajadores.

$$N = ((Z_{\alpha}^2) Npq) / (e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 pq)$$

Remplazando la fórmula se obtiene un valor de $n = 160$ trabajadores.

Los trabajadores que participaron en esta investigación fueron: enfermeros/as, técnicos de enfermería, jefes de servicio, asistente en recurso de salud, médicos, trabajadores sociales, jefe de servicio, técnico de servicio, cuyas

edades oscilaban entre 30 y 59 años con una media de 39 años. Según el sexo un 64% eran mujeres y un 36% varones.

4.5.3.1 Tipo de muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, que consiste en seleccionar los casos que se encuentren disponibles o por comodidad para el investigador.

4.6 Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Procedimientos

Luego de las coordinaciones virtuales con cada trabajador del HHU, se les envió el link que contenía los dos cuestionarios y una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados se descargaron y se armó una base de datos utilizando el software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0. Para el análisis de datos se presentan los resultados utilizando tablas de frecuencia y figuras para la estadística descriptiva. Y para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba estadística Rho de Spearman. Se consideró el índice de significancia del 5%.

4.6.2 Técnicas

En coherencia con los objetivos planteados la técnica correspondiente es la encuesta.

4.6.3 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento usado: cuestionario tipo test y ficha de datos sociodemográficos.

4.6.3.1 Síndrome de burnout. El instrumento usado para medir esta variable fue el *Burnout screening inventory (BSI)* cuya propuesta ha sido desarrollada por Jaggi y sólo consta de 10 ítems. Este autor ha utilizado el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de sus autores Maslach y Jackson, compuesto por 22 ítems, ampliamente utilizada a lo largo del mundo, con una duración entre 10-20 minutos y que valora tres características del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Sin embargo, por el agotamiento que genera el completar la última escala mencionada, se han venido desarrollando diferentes escalas con menos preguntas que permitan hacer un análisis rápido y sin alterar la estructura principal y su validez original. Es por ello que Jaggi desarrolló la escala de 10 ítems.

El BSI consta de 10 preguntas que engloban los mismos tres dominios principales y se utiliza una escala de frecuencia tipo Likert en siete grados, que va de 0 a 6; su ejecución se realiza entre tres a cinco minutos. Para la calificación se suman los resultados y según la puntuación se ordena por criterios.

Tabla 4
Valoración de las respuestas del BSI

Respuesta	Puntaje
Nunca	0
Varias veces en el año	1
Una vez al mes	2
Un par de veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Varias veces por semana	5
Todos los días	6

Tabla 5
Puntuaciones obtenidas a partir del BSI

Puntuación	Criterio
0 - 29	Burnout poco probable
30 - 39	Burnout leve
40 - 49	Burnout moderado
> a 50	Burnout grave

La adaptación al español y validación del BSI en personal de salud ha sido presentado por Dávila y Nevado (2016) en población colombiana. La confiabilidad general del instrumento es Alpha de Cronbach = 0.87. Con respecto a la validación presenta validez de contenido y de constructo (se realizó el análisis factorial exploratorio y luego el análisis factorial confirmatorio, se empleó el método de componentes principales con rotación varimax para hallar los factores y se consideraron todos aquellos mayores a 1.00 y para las cargas factoriales de los ítems se consideraron todas aquellas mayores a 0.50).

4.6.3.2 Estilos de afrontamiento. Para medir esta variable se utilizó el instrumento Inventario COPE-28 [Brife-COPE] de Carver (1997) escrito originalmente en idioma inglés. El instrumento originalmente constaba de 52 ítems y fue propuesto por Carver et al. (1989) denominado cuestionario *Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)* basado en la teoría transaccional del estrés, constaba de tres factores: enfoque en el problema, enfoque en la emoción y enfoque en la evitación que se agrupaban bajo 14 subfactores (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión, desahogo, uso de sustancias). Posteriormente, Carver (1997) presentó una versión corta que constaba solo de 28 ítems, en inglés y cuya traducción y análisis factorial en población española fue propuesto por Moran et al. (2010). El instrumento contiene 28 ítems que miden 14 dimensiones (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación,

negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión, desahogo, uso de sustancias), de dos ítems cada uno; se ha propuesto una escala Likert con rangos de 0 a 3.

Se realizó una adaptación del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento hacia el estrés denominado brevemente COPE 28 en Universitarios de Lima hecha por Cassaretto. et. al, (2016), indicando la validez de la prueba en el cual se hizo a través de un análisis factorial exploratorio, obteniendo unos valores adecuados $KMO=0.798$. Por otro lado, en el análisis de la confiabilidad de este instrumento se tuvo los siguientes resultados, que la confiabilidad es de 0.70, por ende, es recomendado como óptimo.

Tabla 6

Valoración de las respuestas del Cuestionario COPE-28

Respuesta	Puntaje
Nunca lo hago	0
A veces lo hago	1
A menudo lo realizo	2
Siempre lo realizo	3

Con respecto a la calificación, se suman los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas para verificar en la magnitud de cada una de ellas y en el nivel dado y así es posible determinar el nivel de afrontamiento que presenta el encuestado. Los puntajes más altos obtenidos en la escala, muestran la estrategia de afrontamiento más utilizada. Este instrumento no presenta una puntuación global. Los resultados se presentan en forma ordinal.

El instrumento presenta validez de constructo, para lo cual se desarrolló el análisis de la estructura interna de los ítems, primero con el proceso de análisis factorial exploratorio utilizando rotación oblicua para determinar la correlación entre los factores, dicho resultado arrojó nueve factores mayores a 1.0 y representaron el 72,4% de la varianza explicada; con respecto a las cargas

factoriales de los ítems todos excedieron el 0,6. Según el análisis factorial confirmatorio los índices de ajuste fueron apropiados.

Con respecto a la confiabilidad y validación del instrumento, García et al. (2018) realizó este estudio en población chilena.

Tabla 7

Confiabilidad según dimensiones del Cuestionario COPE-28

	Confiabilidad Alpha de Cronbach
Afrontamiento activo	0,65
Planificación	0,62
Apoyo emocional	0,75
Apoyo social	0,73
Religión	0,79
Reevaluación positiva	0,61
Aceptación	0,53
Negación	0,71
Humor	0,80
Autodistracción	0,58
Autoinculpación	0,61
Desconexión	0,54
Desahogo	0,66
Uso de sustancias	0,82

4.7 Aspectos éticos

La presente investigación se hizo respetando los principios establecidos por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, todos los trabajadores aceptaron de forma voluntaria la participación expresada en un consentimiento informado en el que se detalló los objetivos e información de esta investigación, tal como demandan los artículos 20 al 26 del Título IV (Confidencialidad) de dicho Código. Todos los datos obtenidos en este estudio se mantienen en estricta confidencialidad y se ha cuidado de no exponer los nombres de los participantes según lo descrito por la ley peruana N° 29733 "Ley de Protección de datos Personales"

CAPÍTULO V: LOS RESULTADOS

5.1 El trabajo de campo

En primer lugar, se coordinó por medio de llamada telefónica con el director del área de emergencia del HHU de Tacna, debido a las condiciones de asilamiento a causa de la pandemia por covid-19 que afecta a la población. Se solicitó los teléfonos de los trabajadores de esta área y se procedió a llamarlos por teléfono a cada uno para pedir el permiso correspondiente y enviarles el link de la investigación.

Se creó un formulario por Google formulario que contenía datos sociodemográficos y las preguntas de los dos cuestionarios. Se envió el link al personal que aceptó participar. Luego se recogió la información en un tiempo de dos semanas. Cuando se completó el tiempo dado a los trabajadores se procedió a cerrar el link de la encuesta y posteriormente a procesar los resultados.

5.2 Diseño de presentación de los resultados

La información se presenta en el siguiente orden:

5.2.1 Información sobre los resultados de prevalencia del síndrome de burnout y los resultados por dimensiones.

5.2.2 Información sobre los resultados de las estrategias de afrontamiento, según dimensiones.

5.2.3 Correlación entre síndrome de burnout (puntaje total) y cada una de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento.

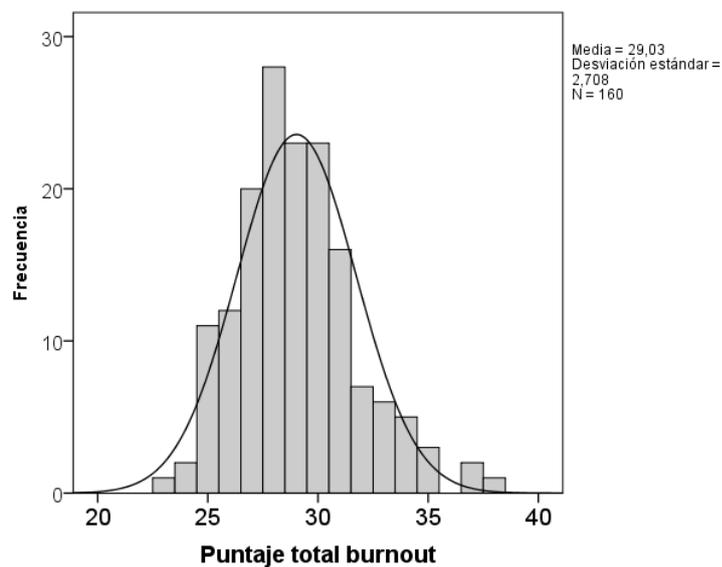
5.3 Los resultados

5.2.1 Información sobre los resultados de prevalencia del síndrome de burnout y los resultados por dimensiones.

Tabla 8
Estadísticos descriptivos del síndrome de burnout

Estadísticos descriptivos	Puntuación
Media	29.025
Desviación estándar D.S.	2.708
Error estándar de la media	0.214
Moda	28
Mínimo	23
Máximo	38

Figura 1
Histograma de la variable síndrome de burnout

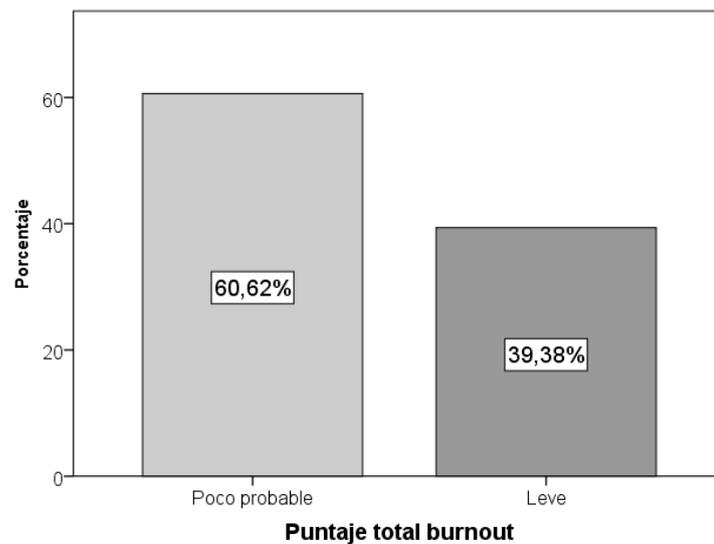


Los estadísticos descriptivos para la variable síndrome de burnout refieren valores mínimos de 23 y máximos de 38 puntos, reportándose un promedio de 29.025 con una D.S. 2,708, siendo el valor de moda el 28. El histograma muestra la distribución de los datos de la variable.

Tabla 9
Nivel de prevalencia del síndrome de burnout

Categorías burnout	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Poco probable	[0 – 29]	97.00	60.63
Leve	[30 – 39]	63.00	39.38
Moderado	[40 – 49]	0.00	0.00
Grave	[50 – 70]	0.00	0.00
Total		160.00	100.00

Figura 2
Puntaje de burnout según categorías



Según las categorías de clasificación del síndrome de burnout se encontró un 39,38% del personal con presencia leve de burnout, en el resto no se halló presente este síndrome.

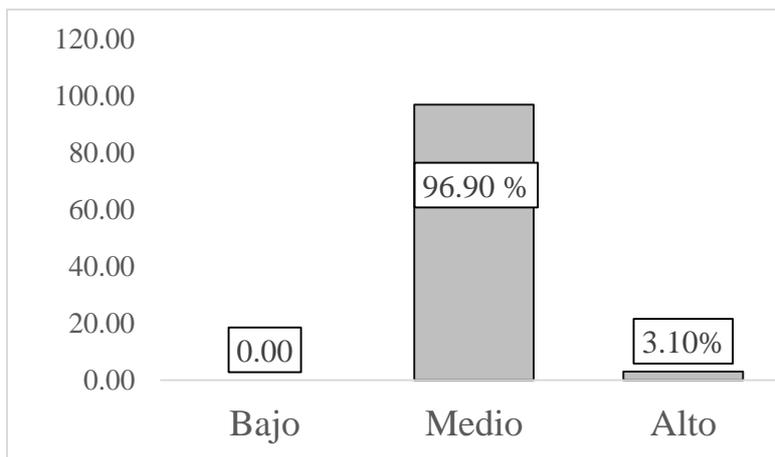
Tabla 10

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional

Categorías Agotamiento emocional	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	[0 – 8]	0	0,00
Medio	[9 – 16]	155	96,90
Alto	[17 – 24]	5	3,10
Total		160	100,00

Figura 3

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional



El análisis según las tres dimensiones del síndrome de burnout revela que en la primera dimensión según el agotamiento emocional (constituida por la suma de los ítems 6, 7, 9 y 10 cuyos puntajes oscilan entre 0 y 24 puntos) un total de 96,90% de los participantes reportó niveles medios de agotamiento emocional.

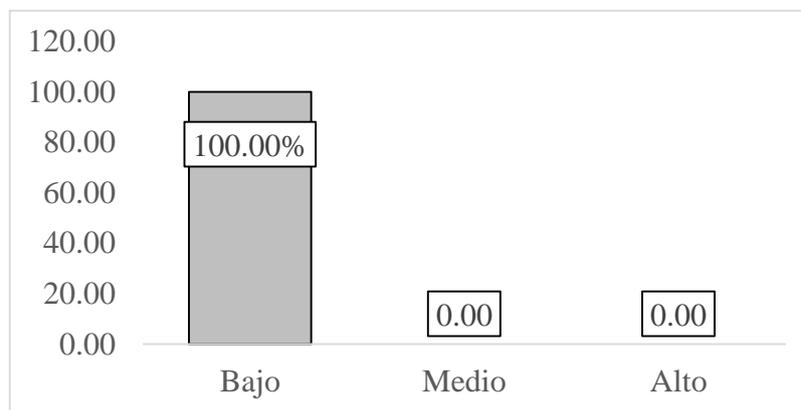
Tabla 11

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: despersonalización

Categorías		Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento emocional				
Bajo	[0 – 6]		160	100,00
Medio	[7 – 12]		0	0,00
Alto	[13 – 18]		0	0,00
Total			160	100,00

Figura 4

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: despersonalización



De la misma forma según el análisis de la segunda dimensión despersonalización (resultado de la suma de los ítems 1, 3 y 4 cuyos puntajes oscilan entre 0 y 18) el 100% de los participantes reportó niveles bajos de despersonalización.

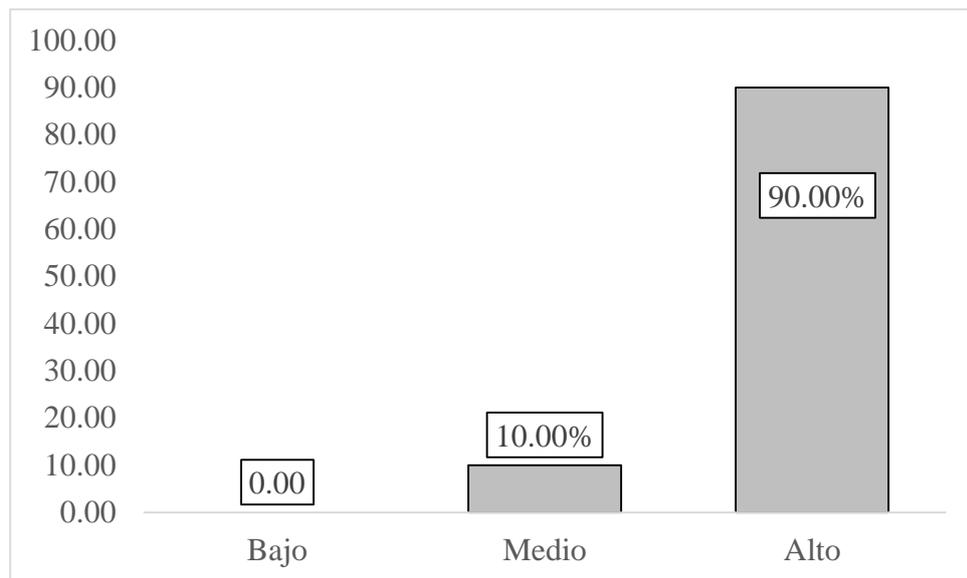
Tabla 12

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: realización personal

Categorías Realización personal	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	[0 – 6]	0	0.00
Medio	[7 – 12]	16	10.00
Alto	[13 – 18]	144	90.00
Total		160	100.00

Figura 5

Resultados por dimensiones del síndrome de burnout: realización personal



Finalmente, según los resultados de la tercera dimensión realización personal (resultado de la suma de los ítems 2, 5 y 8 cuyos puntajes oscilan entre 0 y 18 puntos) un total de 90,00% de los participantes reportó niveles altos en esta dimensión.

5.2.2 Información sobre los resultados de las estrategias de afrontamiento, según dimensiones.

Tabla 13
Estadísticos descriptivos de las Estrategias de afrontamiento COPE-28

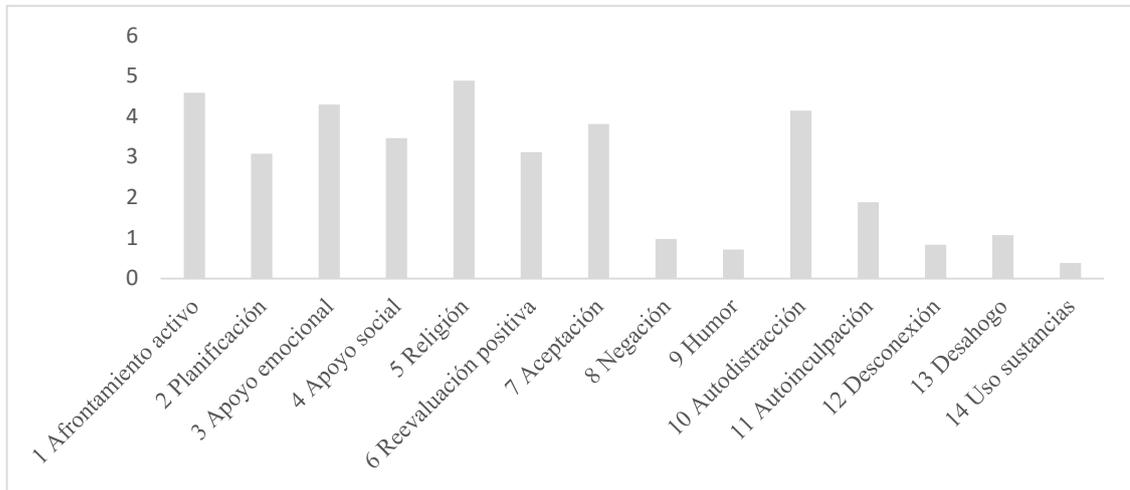
	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media	Min	Máx	Mediana	Moda
Dim 1 Afrontamiento activo	4,58	,872	,069	3	6	5,00	4
Dim 2 Planificación	3,08	,735	,058	2	4	3,00	3
Dim 3 Apoyo emocional	4,29	,850	,067	3	6	4,00	4
Dim 4 Apoyo social	3,46	1,015	,080	2	6	3,00	3
Dim 5 Religión	4,88	,879	,069	3	6	5,00	5
Dim 6 Reevaluación positiva	3,12	,658	,052	2	4	3,00	3
Dim 7 Aceptación	3,81	1,073	,085	2	6	4,00	4
Dim 8 Negación	,97	,886	,070	0	3	1,00	1
Dim 9 Humor	,71	,650	,051	0	2	1,00	1
Dim 10 Autodistracción	4,14	,748	,059	3	5	4,00	4
Dim 11 Autoinculpación	1,88	1,101	,087	0	4	2,00	2
Dim 12 Desconexión	,83	,675	,053	0	2	1,00	1
Dim 13 Desahogo	1,07	1,065	,084	0	3	1,00	0
Dim 14 Uso sustancias	,38	,603	,048	0	2	0,00	0

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se muestran los estadísticos descriptivos de cada una de ellas. Se puede apreciar que las estrategias más utilizadas han sido cuatro de ellas: religión (media =4,88; DS =,879), afrontamiento activo (media =4,58; DS =,872); apoyo emocional (media =4,29; DS =,850); autodistracción (media =4,14; DS =,748).

Las estrategias menos usadas han sido: uso de sustancias (media =,38; DS =,603); humor (media =,71; DS =,65); desconexión (media =,83; DS =,675); negación (media =,97; DS =,886).

Figura 6

Promedios según los resultados de las estrategias de afrontamiento



Puede observarse en la figura 6 las estrategias más usadas por el personal de salud del HHU, siendo las que mayor puntaje alcanzaron: religión, afrontamiento activo, apoyo emocional y autodistracción con puntuaciones que superan los 4 puntos. Así también están las estrategias menos usadas: uso de sustancias, humor, desconexión y negación con puntuaciones menores a 1.

5.2.3 Correlación entre síndrome de burnout (puntaje total) y cada una de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento.

A continuación, se realizará la correlación entre las 14 dimensiones de las estrategias de afrontamiento y el puntaje total de burnout, las cuales presentan un nivel de medición de intervalo.

Supuestos de normalidad

Se realizó la prueba de normalidad para la puntuación total de la variable síndrome de burnout y de las dimensiones de estrategias de afrontamiento. Estos supuestos buscan hallar si los resultados provienen de una distribución normal o no, para ello se empleará el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, debido a que la muestra es mayor a 50 participantes; si los datos son menores a 0,05 entonces no provienen de una distribución normal, pero si los datos son mayores a 0,05 entonces los datos presentarán una distribución normal.

Tabla 14
Prueba de normalidad de síndrome de burnout

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje total de burnout	0,11	160	,000	0,964	160	,000

La Tabla 14 expone los resultados del análisis de normalidad para la variable síndrome de burnout, según los resultados, se obtienen el valor $p= 0.000 < 0.05$, por tanto, se concluye que los datos de la muestra no cumplen el criterio de normalidad y se usará una prueba estadística no paramétrica.

A continuación, se realiza el mismo procedimiento para cada una de las dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento, debido a que no existe un puntaje global de la misma, sino que es independiente de acuerdo a cada variable.

Tabla 15

Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Dimensión 1 Afrontamiento activo	0.23	160	.000	0.872	160	.000
Dimensión 2 Planificación	0.231	160	.000	0.807	160	.000
Dimensión 3 Apoyo emocional	0.226	160	.000	0.869	160	.000
Dimensión 4 Apoyo social	0.230	160	.000	0.892	160	.000
Dimensión 5 Religión	0.216	160	.000	0.860	160	.000
Dimensión 6 Reevaluación positiva	0.290	160	.000	0.791	160	.000
Dimensión 7 Aceptación	0.186	160	.000	0.911	160	.000
Dimensión 8 Negación	0.236	160	.000	0.838	160	.000
Dimensión 9 Humor	0.274	160	.000	0.773	160	.000
Dimensión 10 Autodistracción	0.232	160	.000	0.802	160	.000
Dimensión 11 Autoinculpación	0.201	160	.000	0.910	160	.000
Dimensión 12 Desconexión	0.274	160	.000	0.793	160	.000
Dimensión 13 Desahogo	0.242	160	.000	0.826	160	.000
Dimensión 14 Uso sustancias	0.418	160	.000	0.638	160	.000

La Tabla 15 muestra los resultados del análisis de normalidad para las 14 dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento presenta un valor $p= 0.000 < 0.05$, por tanto, se concluye que los datos de la muestra no cumplen el criterio de normalidad y se usará una prueba estadística no paramétrica.

Para el análisis de correlación entre ambas variables se elige el estadístico no paramétrico Rho de Spearman, utilizado para variables con nivel de medición intervalar y cuando los datos no cumplen el supuesto de normalidad. El coeficiente tiene valores que varían entre -1 a +1, mientras más se acerque al 1 se interpretará que es más fuerte la relación entre las variables, el cero indica ausencia de relación.

Tabla 16

Correlación entre síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento

		Burnout	
Estrategias de afrontamiento	Dim 1	Correlación de Spearman	-0.169
	Afrontamiento activo	Sig. (bilateral)	0.032
		N	160
	Dim 2	Correlación de Spearman	-0.049
	Planificación	Sig. (bilateral)	0.541
		N	160
	Dim 3	Correlación de Spearman	-0.131
	Apoyo emocional	Sig. (bilateral)	0.099
		N	160
	Dim 4	Correlación de Spearman	0.057
	Apoyo social	Sig. (bilateral)	0.477
		N	160
	Dim 5	Correlación de Spearman	-0.124
	Religión	Sig. (bilateral)	0.120
	N	160	
Dim 6	Correlación de Spearman	0.11	
Reevaluación positiva	Sig. (bilateral)	0.165	
	N	160	
Dim 7	Correlación de Spearman	0.067	
Aceptación	Sig. (bilateral)	0.400	
	N	160	
Dim 8	Correlación de Spearman	0.078	
Negación	Sig. (bilateral)	0.209	
	N	160	
Dim 9	Correlación de Spearman	-0.003	
Humor	Sig. (bilateral)	0.972	
	N	160	
Dim 10	Correlación de Spearman	0.077	
Autodistracción	Sig. (bilateral)	0.018	
	N	160	
Dim 11	Correlación de Spearman	-0.1	
Autoinculpación	Sig. (bilateral)	0.208	
	N	160	
Dim 12	Correlación de Spearman	-0.29	
Desconexión	Sig. (bilateral)	0.713	
	N	160	
Dim 13	Correlación de Spearman	0.041	
Desahogo	Sig. (bilateral)	0.603	
	N	160	
Dim 14	Correlación de Spearman	0.131	
Uso sustancias	Sig. (bilateral)	0.098	
	N	160	

Los resultados de la Tabla 16 muestran que existe correlación entre la dimensión 1 Afrontamiento activo (Rho calculado = -0,169; p-valor = 0.032 < 0.05) y la dimensión 10 Autodistracción (Rho calculado = 0,077; p-valor = 0,018 < 0.05). En las demás dimensiones no se reportan correlaciones estadísticamente significativas. A continuación, se usará la siguiente Tabla 17 para interpretar la fuerza de correlación del coeficiente Rho.

5.4 Comprobación de las hipótesis

Para comprobar las hipótesis se ha seguido el siguiente orden: iniciar con las hipótesis específicas y luego culminar con la hipótesis general.

5.4.1 Comprobación de las hipótesis específicas

5.4.1.1 Comprobación de la hipótesis específica 1

La hipótesis específica Nro.1 afirma que:

Los estilos predominantes de afrontamiento son: apoyo emocional, apoyo social, autodistracción y afrontamiento activo, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

Se puede apreciar según los resultados de la Tabla 13 y Figura 6 que las estrategias de afrontamiento más usadas han sido cuatro de ellas: religión (media =4,88; DS =,879), afrontamiento activo (media =4,58; DS =,872); apoyo emocional (media =4,29; DS =,850); autodistracción (media =4,14; DS =,748).

Sobre lo reportado, se rechaza la hipótesis específica Nro. 1 debido a que los resultados globales han reportado solo tres de las cuatro estrategias mencionadas en la hipótesis. Sin embargo, sí se han encontrado que tres de ellas: afrontamiento activo, autodistracción y apoyo emocional sí se han verificado; asimismo la estrategia religión ha sido otra de las estrategias más utilizadas.

5.4.1.2 Comprobación de la hipótesis específica 2

La hipótesis específica Nro. 2 afirma que:

Existe un nivel de prevalencia del síndrome de burnout significativo, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

Se puede apreciar en la Tabla 9 y Figura 2 que la presencia de burnout se da solamente en niveles leves, alcanzando una prevalencia del 39,38% y el resto presenta una categoría poco probable de tener burnout en el momento de la aplicación.

Por tanto, se rechaza la hipótesis específica Nro. 2 debido a que en esta muestra no se ha reportado niveles moderados o graves de presencia de burnout, así como también, lo reportado en nivel leve alcanza una prevalencia de 39,38% que no llega al 50% de la muestra.

5.4.1.3 Comprobación de la hipótesis específica 3

La hipótesis específica Nro. 3 afirma que:

El tipo de correlación es inversa y significativa entre los estilos predominantes de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

En la Tabla 16 se aprecia la correlación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento, donde se halló que en sólo dos dimensiones existe correlación estadísticamente significativa: Por un lado, la dimensión 1 Afrontamiento activo (Rho calculado = -0,169; p-valor = 0,032 < 0,05) muestra que la relación es inversa y de intensidad muy baja; por otro lado, la dimensión 10 Autodistracción (Rho calculado = 0,077; p-valor = 0,018 < 0,05) la relación entre autodistracción y burnout es positiva y de intensidad muy baja. En las demás dimensiones el valor de p-valor $\geq 0,05$ y por tanto no se reportan correlaciones estadísticamente significativas.

Por tanto, se rechaza la hipótesis específica Nro. 3 debido a que sólo se halló correlación inversa y significativa en una sola de las dimensiones: entre el síndrome de burnout y la dimensión afrontamiento activo de las estrategias de afrontamiento.

5.4.2 Comprobación de la hipótesis general

La hipótesis general afirma que

Existe correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020

Se puede apreciar en la Tabla 16 la correlación entre la prevalencia de burnout y cada una de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento, las cuales se interpretan de modo independiente. Es por ello que sólo dos dimensiones han presentado resultados estadísticamente significativos.

Primero, la dimensión 1 Afrontamiento activo (Rho calculado = -0,169; p-valor = 0,032 < 0,05) muestra que la relación es significativa.

Segundo, la dimensión 10 Autodistracción (Rho calculado = 0,077; p-valor = 0,018 < 0,05) la relación es significativa.

Tercero, las demás dimensiones: planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autoinculpación, desconexión, desahogo, uso de sustancias presentan un p-valor \geq 0,05 y por tanto no se reportan correlaciones estadísticamente significativas.

Por tanto, se rechaza la hipótesis general debido a que en esta muestra solo dos dimensiones de las estrategias de afrontamiento han presentado relación con el síndrome de burnout.

5.5 Discusión

Con respecto a los objetivos de la investigación, en un primer momento se determinó que existe presencia de burnout en nivel leve (39,38%) en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU, en tiempos de COVID-19, Tacna, 2020, cifra que es un poco más alta que lo reportado por Chaput et al. (2015) que halló un 13,5% de burnout leve en profesionales residentes de cirugía plástica en Francia y que Ramírez et al. (2018) que informó un 17,2% en profesionales de la salud en Ecuador. Sin embargo, en profesionales de la salud mexicanos, Alderete y Ascencio (2015) hallaron un promedio de 31,4%. Asimismo, investigaciones previas en Tacna, reportaron un 38% de presencia de burnout en trabajadores del Centro De Salud Metropolitano de la Red del Ministerio de Salud (Quiroz, 2018) y la investigación liderada por Huanca (2018) en personal de salud del Centro de Salud San Francisco de Tacna reportó un 70,83% de burnout bajo en enfermeros y 38,10% de burnout moderado en técnicos de enfermería. La presencia de burnout en estos porcentajes muestra que este tipo de personal está siendo sometido a altas cargas de estrés, ocasionado muy probablemente por la crisis sanitaria por covid-19 que se está viviendo en Tacna y a nivel mundial, por la que no sólo tienen que ocuparse en atender bien a los pacientes, sino que deben cumplir todos los protocolos para resguardar su propia salud y evitar enfermarse para continuar trabajando y a la vez cuidando a los seres con los que viven. Aunado a ello están los turnos de guardia que deben cumplir y la carga administrativa y las atenciones brindadas en el área exclusiva covid-19, lo cual sigue generando malestar significativo.

Así también según las tres dimensiones del síndrome de burnout se reportó que en la primera dimensión según el agotamiento emocional un total de 96,90% de los participantes reportó niveles medios; el 100% presentó baja despersonalización y 90% con niveles altos de realización personal. Estos resultados por dimensiones difieren de lo reportado por Ramírez y Ontaneda (2019) quienes hallaron 18,6% de niveles medios de agotamiento emocional, 62% de baja despersonalización y 11,3% de nivel alto y 61,2% de nivel bajo de realización

personal; así también según Quiroz (2018) halló 52% con agotamiento emocional bajo, 40% despersonalización alta y 54% despersonalización baja, finalmente, el 66% con realización personal baja. En Arequipa, Muñoz et al. (2019) reportaron que en 87 médicos hubo un 42,5% de nivel leve, 29,9% moderado y 27,6% severo, según despersonalización 28,7% fue leve, 21,8% moderado y 49,4% severo y finalmente un 52,9% de baja realización personal, 12,6% moderada y 34,5% severa. Esto puede deberse a que la población estudiada por Ramírez y Ontaneda (2019), Muñoz et al. (2019) y Quiroz (2018) han sido sólo personal médico y que se encontraba en una situación muy diferente a la actual caracterizada por la crisis sanitaria de covid-19. Cabe resaltar que durante el estado de emergencia se abrieron nuevos puestos de trabajo para personal médico con un mejor salario, sobre todo a aquellos que laboraban en el área covid, y además recibieron de parte del gobierno un bono covid por su desempeño laboral, asimismo, de parte de la población recibieron bastante apoyo y admiración por encontrarse en la primera línea, recibieron estímulos como aplausos al medio o final de la jornada, los medios de comunicación agradecían por su labor, respetaban a lo que se estaban enfrentando. Esto sin duda, aumenta el entusiasmo y el sentido de realización personal y profesional porque hay un para qué concreto hacia dónde dirigir las motivaciones diarias.

Con respecto al siguiente objetivo de investigación acerca de las estrategias de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU, en tiempos de COVID-19, Tacna, 2020, se identificó que las estrategias con una media mayor a 4 puntos han sido: religión (media =4,88; DS =,879), afrontamiento activo (media =4,58; DS =,872); apoyo emocional (media =4,29; DS =,850); autodistracción (media =4,14; DS =,748). Estos resultados difieren de lo reportado por Ramírez y Ontaneda (2019) quienes al evaluar personal médico afirmaron que las estrategias más usadas han sido replanteamiento positivo (media =5.2), aceptación (media =4.7), planificación (media =4.6) y apoyo instrumental (media =4.5), sin embargo, al momento de hacer correlaciones entre burnout y las 14 dimensiones presentaron algunas similitudes. En consonancia con estos resultados,

en investigaciones previas realizadas en el personal de salud del Hospital de Essalud de Tacna se reportó que la estrategia más usada fue la de afrontamiento referido al problema, seguido de aquellas que se enfocaban en la emoción (González, 2015). El síndrome de burnout surge cuando hay presencia de estrés laboral y no se usan adecuadas estrategias de afrontamiento para sobrellevar este tipo de estresores que se perciben como una amenaza para el estilo de vida de la persona. Algunos seres humanos han empleado y tienen incorporado en su forma de actuar diferentes mecanismos de afrontamiento, pero en otros se requiere también un aprendizaje para sobrellevar largas horas de trabajo y fatiga, aún más en este contexto de pandemia por covid-19. La acumulación de este tipo de amenazas puede llegar a quebrantar la homeostasis física y el equilibrio psicológico de cualquier ser humano, obligándolo a recurrir a esfuerzos cognitivos y de conducta para hacerles frente.

Así también, con respecto al *tercer objetivo de investigación*, se reportaron los resultados de acuerdo a las 14 dimensiones, debido a que no existe un puntaje global que mida el constructo en su totalidad, sino más bien, que las estrategias de afrontamiento, son varias y ninguna puede ser considerada superior a la otra, lo que se ve es cuál de ellas es más útil de acuerdo al problema que se vive en el día a día, de allí que la importancia radica en saber elegir alguna estrategia de afrontamiento más adecuada. Por ejemplo, la primera dimensión, el afrontamiento activo o solución centrada en el problema, es un tipo de estrategia que busca inmediatamente enfrentar el problema para tratar de disminuir sus posibles consecuencias negativas, de este modo, podrán iniciar con cualquiera de las siguientes acciones como: buscar información sobre el problema, visualizar o imaginar las diferentes opciones de solución más efectivas, hacer un plan estratégico de acción, crear una hoja de ruta que consigne los pasos para alcanzar la solución, buscar consejos, opiniones en otras personas para que le proporcionen información o lo ayuden económicamente, entre otras (Fernández, 1997).

Es así que según las correlaciones evaluadas en la presente investigación en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU, en tiempos de COVID-19, Tacna, 2020, existe correlación significativa inversa ($Rho = -0,169$; $p\text{-valor} = 0,032$) entre el síndrome de burnout y la estrategia de afrontamiento activo; así como también existe correlación significativa positiva ($Rho = 0,077$; $p\text{-valor} = 0,018$), entre la presencia de burnout y la estrategia de afrontamiento autodistracción. Resultados similares han sido reportados en la investigación de Ramírez y Ontaneda (2019) quienes obtuvieron una relación significativa inversa en 142 participantes profesionales de la salud en la dimensión afrontamiento activo ($r = -,313$; $p\text{-valor} < 0,001$) y con la dimensión autodistracción también una relación significativa e inversa ($r = -,147$; $p\text{-valor} < 0,001$). Finalmente, la relación entre el síndrome de burnout y las demás dimensiones: planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autoinculpación, desconexión, desahogo, uso de sustancias no es estadísticamente significativa.

Se puede concluir que la presencia de niveles bajos de burnout que presentan este tipo de profesionales de la salud se relacionan con un adecuado uso de estrategias de afrontamiento, ante lo cual se sugiere seguir implementando programas de atención y capacitación al personal de salud para que su bienestar personal y profesional esté fortalecido, así como también, su sentido de autoeficacia conlleve a seguir generando consecuencias positivas en el lugar donde se desempeñan.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Conclusiones

Primera

Se determinó que no existe correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

Segunda

Se determinaron los estilos predominantes de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020, por un lado, se halló que han sido tres de los cuatro mencionados en la hipótesis específica, a saber: afrontamiento activo, autodistracción y apoyo emocional y, por otro lado, se halló uno más: la religión, todos ellos obtuvieron un promedio por encima de los cuatro puntos.

Tercera

Se halló que el nivel de prevalencia de burnout es bajo, no se reportaron niveles moderados ni severos, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020. Según dimensiones, el agotamiento emocional se halló en niveles medios en casi todos los profesionales encuestados, los mismos que presentan baja despersonalización y con niveles altos de realización personal.

Cuarta

Se determinó que no existe correlación entre la mayoría de los estilos de afrontamiento y la prevalencia de burnout, sin embargo, se halló, por un lado, que existe correlación significativa e inversa en una de ellas: el estilo de afrontamiento activo y el síndrome de burnout y, por otro lado, se halló correlación significativa y positiva entre la estrategia autodistracción y burnout. En las demás estrategias no se halló correlación significativa en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.

6.2 Sugerencias

Primera

Que las autoridades del HHU sigan implementando programas de atención y capacitación para el desarrollo personal dirigido al personal de salud, en los que se imparta estrategias prácticas para ejercitar diferentes estrategias de afrontamiento ante los posibles casos de fatiga, cansancio.

Segunda

Que los jefes de cada unidad del HHU realicen diagnósticos con regularidad para detectar oportunamente los casos de agotamiento profesional, evitando que lleguen a reconocerse recién en las etapas graves y más bien darles un seguimiento adecuado.

Tercero

Que la unidad de Recursos humanos implemente sesiones de seguimiento psicológico y físico dirigido al personal con presencia de burnout, aunque sea en niveles leves, dando oportunidad a diferentes estrategias de tratamiento, como atención psicológica personal y grupal, atención nutricional, entre otras.

Cuarta

Se sugiere a futuros egresados de la Carrera de Psicología continuar con la realización de investigaciones en las que se considere factores sociodemográficos como los niveles de salario o bonos entregados, tipos de especialidad del personal de emergencia y cuidados críticos o del personal de salud en general.

Quinta

Se sugiere a futuros investigadores de pre y postgrado ampliar las investigaciones posteriores, según los tipos de estrategias de afrontamiento más utilizadas: afrontamiento activo, religión, autodistracción y apoyo emocional que han puntuado de modo significativo en este personal de salud.

REFERENCIAS

- Agueda, Arias, & Caycho. (2019). Burnout syndrome in medicine men from Arequipa city (Peru). *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 57(2):139-148.
- Alderete, C., & Ascencio, L. (2015). Burnout and coping in health care providers in an oncology palliative care unit. *Psicología y Salud*. 25(1), 73-81, enero-junio. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i1.1340>
- Álvarez, P. (2019). *Burnout, estrés, técnicas de afrontamiento al estrés, satisfacción laboral y riesgos psicosociales en funcionarios de un centro penitenciario de Chile*. [Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59702/1/T41876.pdf>
- Bousquet, P.-J. (2008). *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008*. Montpellier, France: european journal of allergy and clinical immunology
- Carrasco, P. M. (2017). *Estrategias de afrontamiento y nivel del síndrome de burnout en los internos de estomatología de la Universidad Alas Peruanas en 2017- II*. Lima [Tesis de licenciatura. Universidad Alas Peruanas] Repositorio institucional <https://docplayer.es/180125505-Tesis-estrategias-de-afrontamiento-y-nivel-del-sindrome-de-burnout-en-los-internos-de-estomatologia-de-la-universidad-alas-peruanas-en-ii.html>
- Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana*. [Tesis de magíster. Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio institucional <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/619>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*.56(2), 267-283 <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Stress Coping: Adaptation of the Questionnaire COPE. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*. 42(2) 95-109
- Casso, S. S. (2018). *Estilos de afrontamiento y su relación con el burnout en teleoperadores de Lima metropolitana*. [Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13093>
- Castaño, E. & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10(2) 245-257. <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estrés-ES.pdf>
- Castro, N.; Gómez, R.; Lindo, W. & Vega, M. (2017). *Estilos de Afrontamiento al Estrés e Inteligencia Emocional en la Mujer Ejecutiva en Lima Metropolitana*. [Tesis de Magister. Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/8066>
- Craşovan, D. &. (2013). *Translation, adaptation, and validation of COPE Questionnaire for Coping Mechanisms Analysis. Cognition, Brain & Behavior. An Interdisciplinary Journal*.
- Dávila, F. A., & Nevado, N. (2016). Validacion de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educación médica*.17(4), 158-163 <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>
- Doolittle, B., Windish, D., y Charles, S. (2013). Burnout, Coping, and Spirituality Among Internal Medicine Resident Physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(2), 257-261. <https://doi:10.4300/JGME-D-12-00136.1>

- Edelwich, J. M. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*: Human Sciences Press.
- Espino, M. R. (2019). *Burnout y estrategias de afrontamiento en el personal administrativo del Instituto Arzobispo Loayza- Lima 2018* [Tesis de maestría. Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/34144/Espino_UMR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ferdinand, J. (2008). *Burnout - praxisnah*. stuttgart - new york: Georg Thieme Verlag.
- Fernández, E. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Pirámide.
- Figuroa, D. H. (2016). *Relación entre modos de afrontamiento al estrés y niveles de estrés en docentes de nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Tacna del año 2015*. [Tesis de licenciatura. Universidad Privada de Tacna] Repositorio institucional <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/213>
- Freudenberger, H. (1980). *BurnOut: el costo alto de superarlo, que es y como sobrevivir a el*. Bantam Books.
- García, F. Barraza-Peña, C., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M. & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(22), 1-11 <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>
- García-Moran, M., y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 19, 11-30. <https://doi:10.26439/persona2016.n019.968>
- Gil-Monte, P. R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Síntesis.
- Gil- Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*: Síntesis.

- Gonzales, M. O. (2015). *Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital iii daniel alcides carrión, Essalud Tacna*. [Tesis de segunda especialidad. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann] Repositorio institucional <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/308>
- Guerrero, E., & Vicente, F. (2001). *Síndrome de Burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés*. Universidad de Extremadura.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Huanca, M. C. (2018). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras (os) y personal técnico de enfermería del C.S. San Francisco, Tacna - 2018*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman] Repositorio institucional http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3337/1489_2018_huanca_huanca_mc_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Jaggi, F. (2008) *Burnout - praxisnah*. Editorial Thieme https://books.google.com.pe/books?id=fDsP5EiF4nQC&printsec=frontcover&dq=Burnout+Jaggi&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Burnout%20Jaggi&f=false
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca.
- Lefcourt, H.M., Davidson, K., Shepherd, R., Phillips, M., Prkachin, K. y Mills, D.E. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology* 14, 373–391.
- Leiter, M., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Burnout and Quality in a Sped-Up World*. California: The Journal for Quality and Participation Vol. 24.
- Martínez et. al. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.

- Martinez, L. M. (2018). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*. [Tesis de maestría. Universidad Mayor de San Andrés] Repositorio institucional <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/18799>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1977). *Burnout: un analisis psicologico social; Burnout: la medicion de una experiencia del burnout*. American Psychological Association.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. California: *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2) 99-113 <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mingote, J.C. (2005). *Síndrome de desgaste profesional*. *Tiempos Médicos*.
- Morán, C., Landero, R., y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552
- Muñoz, A., Arias, W., & Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa. *Revista chilena neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139..>
- Muñoz, C. F., Correa, C. M., & Matajudios, J. F. (2020). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primera infancia. *Revista espacios*. 41(37), 145-158
- Palmer, Y. G., Cabrera, P., Prince, V. R., & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental* 28(1) 82-91
- Peres, M. (2008) *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. [Tesis doctoral. Universidad de Granada] Repositorio institucional <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2093/17705381.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quiroz, J. M. (2018). *Frecuencia del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Salud Metropolitano del MINSA en Tacna – 2018*. [Tesis de

- Maestría. Universidad Cesar Vallejo] Repositorio institucional
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28776/quiroy_cj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, M. R., & Ontaneda, M. P. (2019). *Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7*. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Ramírez, 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 segunda especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5762>
- Rodríguez, C., Oviedo, A., Vargas, M., Hernández, V., & S., P. (2009). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México*. Universidad Nacional de San Luis.
- Sialer, M. P. (2017). *Marca Perú: Perú Nebraska, subjetividad neoliberal y nueva narrativa nacional*. Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú. Obtenido de <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:812912/FULLTEXT01.pdf>
- Skaalvik, E.M., y Skaalvik, S. (2015). Job Satisfaction, Stress and Coping Strategies in the Teaching Profession-What Do Teachers Say? *International Education Studies*, 8(3), 181-192. <https://doi:10.5539/ies.v8n3p181>
- Tello, J. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/547/Tello_bj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torres, A. J. (2019). *Relación entre el síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos de una asociación de psicooncología de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura. Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio institucional

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7339/Relacion_TorresMalla_Alvaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zeidner, M., y Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *11*, 693-703.

Anexos

Anexo N° 1: Instrumento De Investigación - Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) escala Jaggi Burnout screening inventory (BSI)

Por favor responda las siguientes afirmaciones con una X.

N°	Ítem	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Un par de veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces por semana	Todos los días
1	Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos							
2	Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo							
3	Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás, Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles							
4	Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible							
5	Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado							

6	Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas. Me afecta mucho							
7	Últimamente participo en las conversaciones más irritado que antes							
8	Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla. A menudo el trabajo me supera							
9	Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás							
10	Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio							

Fuente: Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptación Jaggi *Burnout screening inventory* (BSI) (Ferdinand, 2008) .

Anexo N° 2: Instrumento De Investigación - Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)

- 0 = Nunca lo Hago
 1 = A veces lo Hago
 2 = A Menudo lo realizo
 3 = Siempre lo realizo

N°	Ítem	0	1	2	3
1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer				
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy				
3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido				
4	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente				
5	Me digo a mi mismo esto no es real				
6	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7	Hago bromas sobre ello				
8	Me critico a mí mismo				
9	Consigo apoyo emocional de otros.				
10	Tomo medidas para intentar que la situación mejore				
11	Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradablemente				

13	Me niego a creer que haya sucedido.				
14	Intento verlo de una perspectiva positiva				
15	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor				
16	Intento hallar consuelo en mi religión				
17	Consigo el consuelo y al comprensión de alguien				
18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19	Me rio de la situación				
20	Rezo o medito				
21	Aprendo a vivir con ello				
22	Hago algo para pensar menos en ello				
23	Expreso mis sentimientos negativos				
24	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo				
25	Renuncio al intento de hacer frente al problema				
26	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28	Consigo que otra personas me ayuden o aconsejen				

Fuente: Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)

Anexo 3: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables E Indicadores	Metodología
<p>Interrogante Principal</p> <p>¿Existe correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?</p> <p>Interrogantes Secundarias:</p> <p>¿Cuáles son los estilos predominantes de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?</p> <p>¿Qué tipo de correlación existe entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si existe correlación entre los estilos de afrontamiento y prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar los estilos predominantes de afrontamiento en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>Determinar el nivel de prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>Determinar el tipo de correlación que existe entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y prevalencia en el síndrome de burnout en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Los estilos predominantes son: apoyo emocional, apoyo social, autodistracción y afrontamiento activo, en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>Existe un nivel de prevalencia del síndrome de burnout significativo en el personal de emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p> <p>El tipo de correlación es inversa y significativa entre los estilos de afrontamiento y la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de</p>	<p>Variable: Estilos De Afrontamiento</p> <p>Indicadores:</p> <p>Los indicadores de las tres dimensiones quedan especificados en los ítems del propio instrumento.</p> <p>Variable: Síndrome De Burnout</p> <p>Indicadores:</p> <p>Los indicadores de las 14 dimensiones quedan especificados en los ítems del propio instrumento.</p>	<p>Tipo de Investigación Básica, enfoque cuantitativo.</p> <p>Diseño de la Investigación Estudio descriptivo-correlacional de diseño no experimental.</p> <p>Ámbito de Estudio Hospital Hipólito Unanue Tacna 2020.</p> <p>Población Personal de emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue – Tacna. n = 160 trabajadores. 273 trabajadores</p> <p>Muestra n = 160 trabajadores.</p> <p>Técnicas de Recolección de datos Encuesta</p> <p>Instrumentos</p>

<p>emergencia y cuidados críticos del Hospital Hipólito Unanue en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020?</p>	<p>HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p>	<p>emergencia y cuidados críticos del HHU en tiempos de COVID-19 – Tacna 2020.</p>		<p>Variable 1: Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptación Jaggi <i>Burnout screening inventory</i> (BSI Ferdinand (2008)</p> <p>Variable 2 : Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)</p>
---	---	--	--	---

Fuente: elaboración propia