



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**BURNOUT Y SENTIDO DE COHERENCIA EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD
DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachiller:

ANDREA VICTORIA MONTENEGRO ALARCÓN

YULIANA PATTY VILELA ALEMÁN

Asesora

Lima, 2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía durante toda esta etapa de mi crecimiento profesional, y por darme la fortaleza y la entereza necesaria para continuar pese a las dificultades que se presentaron.

A mi familia, por haber confiado en mí en todo momento y por ser mi aliento y motivación en cada paso que doy. A mi madre, por su amor incondicional para impulsarme a ir detrás de mis sueños. A mi padre, por ser un ejemplo constante de responsabilidad, perseverancia y éxito en el camino profesional. A mis hermanos, por sus consejos, apoyo y escucha en cada momento que lo necesite. A mi primo Augusto, por ser un hermano más, por ayudarme y acompañarme a lo largo de todo este proceso.

A mi asesora, Patty Vilela, por haber siempre sido una guía y un ejemplo de esfuerzo y perseverancia a seguir. Gracias por la paciencia, los consejos, la dedicación y el interés a este proyecto, por su disposición para atender mis dudas y por siempre contenerme en mis momentos de angustia y temor. A mi profesor de estadística, Manuel por haber aportado con sus conocimientos estadísticos en la realización de este proyecto.

A mis amistades. Pamela, Nicole, Claudia, Samantha, Ana Lucía y Javier por haberme motivado a seguir adelante. A Javier, por haber sido ejemplo de dedicación y trabajo duro, por su incondicional apoyo para alentarme a ir por más y por ayudarme a ser una mejor persona.

Finalmente agradezco a la institución por facilitarme la aplicación de este proyecto de investigación. A las enfermeras de la unidad de hospitalización pediátrica por su tiempo y colaboración con el mismo. A las doctoras, Karina Nava y Silvia Echevarría por su apoyo incondicional en este proyecto.

RESUMEN

Burnout y sentido de coherencia en enfermeras de la unidad de hospitalización pediátrica

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las relaciones entre las dimensiones del *burnout* y los componentes del sentido de coherencia en una muestra de 74 enfermeras de la unidad de hospitalización pediátrica. Para ello, se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el cuestionario de orientación hacia la vida (SOC-13). Los resultados muestran correlaciones significativas e inversas entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización con los componentes de comprensibilidad y significatividad; mientras que la dimensión de realización personal y significatividad presentan una correlación significativa y directa. La escala de manejabilidad no se consideró en los análisis debido a su baja confiabilidad. Asimismo, las enfermeras que tienen menor experiencia laboral obtuvieron mayores niveles de realización personal, a diferencia de aquellas que tienen mayor tiempo ejerciendo su profesión. De igual forma, se encontró que las enfermeras con parejas presentan un mayor puntaje en la escala total del sentido de coherencia, en comparación con las que no tienen pareja. Finalmente, se concluye que el sentido de coherencia se asocia a un menor nivel de *burnout*, por lo cual es importante potencializar los recursos personales de las profesionales.

Palabras claves: Burnout, Sentido de coherencia, Enfermeras pediátricas.

ABSTRACT

Burnout and sense of coherence in pediatric nurses of the inpatient unit

The aim of the present study was to analyze the relationships between the dimensions of burnout and the components of sense of coherence on a sample of 74 pediatric nurses of the inpatient unit. For this purpose, the Maslach Burnout Inventory (MBI) and Orientation to Life Questionnaire (SOC-13) were used. The results showed significant and inverse correlation between the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization with the components of comprehensibility and meaningfulness; while the dimensions of personal accomplishment and meaningfulness have significant and direct correlation. The manageability scale is not interpreted in the analysis because of the low reliability. Likewise, significant differences between nurses who have less work experience had higher levels of personal accomplishment, unlike those who have more time to exercise their profession. Similarly, it was found that nurses with couples have a higher score on the total scale of sense of coherence, compared to those without partners. Finally, it was concluded that the sense of coherence is associated with lower levels of burnout, so it is important to potentiate the personal resources of the professionals.

Keywords: Burnout, sense of coherence, pediatric nurses.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	1
Método	12
Participantes	12
Medición	13
Análisis de datos	15
Resultados	17
Discusión	20
Referencias	32
Anexos	40
Anexo A: Consentimiento Informado	40
Anexo B: Ficha de datos sociodemográficos y laborales	41
Anexo C: Análisis de confiabilidad del MBI	42
Anexo D: Análisis de confiabilidad del QLQ-13	42
Anexo E: Niveles y puntos de corte de las dimensiones del burnout	43

Introducción

En el ámbito laboral existe cada vez más una mayor demanda de competencias y especialización, lo cual exige que los trabajadores desarrollen un mayor grado de autonomía, proactividad, seguridad en sí mismos y capacidad para adaptarse a situaciones nuevas y alcanzar altos niveles de desempeño en su vida profesional (McGowan, 2001; Tello, 2010). Esta situación podría conllevar al incremento de los niveles de estrés laboral y con ello también, el número de problemas de salud física y mental en los trabajadores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). En ese sentido, el entorno laboral podría convertirse en un agente capaz de deteriorar la salud de las personas en el desempeño de su trabajo.

Uno de los conceptos que describe la experiencia personal del estrés crónico laboral es el *burnout* o el síndrome del desgaste profesional (Maslach, 2009; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Roca & Torres, 2001). Inicialmente, este síndrome fue estudiado por Freudenberg (citado en Sánchez-Anguita, 2008), quien lo definió como un tipo de estrés laboral que se desarrolla en aquellas profesiones que se caracterizan por la relación constante y directa con otras personas. Además, Pines y Aronson (1998), Shirom y Melamed (2009) definieron al *burnout* como el estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la exposición durante largo tiempo a situaciones emocionalmente exigentes.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) señalaron que el *burnout* se manifiesta como respuesta a estresores tanto emocionales como interpersonales en el ambiente laboral. Este involucra actitudes negativas hacia el trabajo, bajo autoconcepto y pérdida de interés de los profesionales hacia los usuarios del servicio. En ese sentido, el síndrome de *burnout* se manifiesta a través de tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y sentido de ineficacia o baja de realización personal (Maslach et al., 2001).

El agotamiento emocional representa el componente del estrés individual; es el sentimiento de sobreexigencia y el vacío de recursos emocionales y físicos para responder a las demandas laborales (Fernández, 2009; Maslach, 2009). Se manifiesta con síntomas como pérdida de energía, debilidad, fatiga y agotamiento físico (Salas, 2010). Esto suele presentarse cuando la persona se involucra excesivamente desde el plano afectivo y finalmente se siente desbordada por las demandas emocionales que genera el contacto

directo y continuo con las personas a las que atiende (Maslach, 1982). Por ello, los profesionales que experimentan agotamiento emocional tienen la sensación de estar esforzándose más de lo que pueden para ayudar a las personas y consideran que no poseen recursos para afrontar situaciones estresantes en el trabajo (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

La despersonalización es la dimensión interpersonal del síndrome de *burnout* que involucra la respuesta emocional negativa, insensible y apática a distintos aspectos del trabajo. Se desarrolla como respuesta al exceso del agotamiento emocional, por lo que en un primer momento suele actuar como mecanismo de defensa para no implicarse emocionalmente en la relación con el otro (Maslach, 2009). Como consecuencia de este endurecimiento emocional, los profesionales perciben a las personas cada vez más deshumanizadas, se sienten insensibilizados afectivamente y tienden a culparlas por los problemas que presentan y consideran que merecen recibir ese trato (Gil-Monte, 2005). Además, esta dimensión se caracteriza por el desapego y la desmotivación en la realización de sus labores, lo cual a su vez genera que la calidad y cantidad del trabajo también se vea afectado de forma negativa (Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999).

La baja realización personal representa el componente de autoevaluación y se manifiesta a través de sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo. Esto conlleva a que los trabajadores tengan una mirada negativa de sí mismos y de los demás; por lo tanto, se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales (Gil-Monte, 2005; Maslach, 2009). En algunas ocasiones, sienten que han elegido la carrera equivocada y que no son capaces de responder adecuadamente a los retos que se les presentan en su trabajo (Maslach et al., 2001). A largo plazo, podría generar un distanciamiento de las actividades que demandan interacción con los otros (Díaz et al., 2003; Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez & Pinzón, 2011).

En la actualidad, existe un debate en relación a la secuencia en la que se presentan las dimensiones del *burnout*. Gil-Monte (1994) propone que el síndrome inicia con el desarrollo conjunto de la baja realización personal y el agotamiento emocional y posteriormente, se presenta la despersonalización como una estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de los dos primeros síntomas (Gil-Monte, 2005; Moreno-Jiménez, González & Garrosa, 2001). Por otro lado, Maslach (1981; 2001; 2009) postula que el síndrome de *burnout* se inicia con la aparición del agotamiento emocional, luego la

despersonalización y por último la baja realización personal. Desde esta aproximación, se plantea que el profesional que desarrolla el síndrome de *burnout* presentará altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una baja realización personal (Korunka, Tement, Zdrehus & Borza, 2012; Maslach et al., 2001).

El síndrome de *burnout* se manifiesta a nivel cognitivo, afectivo-emocional, actitudinal, conductual y físico (Gil-Monte, 2005; Moreno-Jiménez et al., 2001; Sánchez-Anguita, 2008; Tonon, 2003). Además, la exposición permanente a situaciones altamente estresantes podría generar consecuencias a nivel laboral y personal (Maslach et al., 2001). En cuanto a la primera, se considera la disminución del rendimiento y calidad del servicio, absentismo y abandono laboral, infracción de las normas y clima laboral negativo (Díaz et al., 2003; Fernández, 2009; Sánchez-Anguita, 2008; Suñer et al., 2014; Wen Lin, 2012). Con respecto al nivel personal, se presentan dolores de cabeza, dolores musculares, molestias gastrointestinales, hipertensión, frustración, irritabilidad, baja autoestima, pesimismo, apatía, comportamientos agresivos y aumento de conductas de riesgo como consumo de tabaco o alcohol (Gil-Monte, 2005; Maslach et al., 2001; Moreno-Jiménez et al., 2001; Sánchez-Anguita, 2008; Tonon, 2003).

Desde la perspectiva clínica, se considera al síndrome de *burnout* como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral. Esta aproximación es útil para efectos prácticos de diagnóstico, pero no para la comprensión del síndrome ni para su tratamiento o prevención, ya que solo toma en cuenta los factores individuales (Gil-Monte, 2005). Por su parte, la perspectiva psicosocial propone al *burnout* como un proceso multidimensional, debido a que es la respuesta de un proceso interactivo entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales. Desde esta mirada, el entorno laboral es el desencadenante de los síntomas y su progreso, mientras que las variables individuales influyen en la frecuencia y la intensidad con la que los trabajadores perciben los estímulos estresores y sus consecuencias (Gil-Monte, 2005; Tonon, 2003).

En el colectivo de los profesionales de la salud, las enfermeras constituyen la población más vulnerable al desarrollo del *burnout*, debido a que sus labores requieren de un constante estado de alerta y concentración para poder lidiar con el sufrimiento del paciente y las demandas de sus familiares. Además, las múltiples funciones inherentes a su profesión y sus distintos horarios de trabajo intensifican sus niveles de estrés (Cáceres,

2013; Colff & Rothmann, 2009; Gil-Monte, 2002, 2003; Hall, 2005; López-Soriano & Bernal, 2002; Patrick & Lavery, 2007; Sánchez-Anguita, 2008; Tello, 2010).

Los estresores laborales más importantes en la profesión de enfermería son: el contacto con el dolor y la muerte, conflictos con los pacientes y sus familiares, conflictos con los superiores y colegas, situaciones urgentes y graves, escasez del personal que supone sobrecarga laboral y estrés emocional (Gelsema, Van der, Maes, Akerboom & Verhoeven, 2005; Gil-Monte, 2003; Mohammad, 2009; Reig & Caruana, 1989). Asimismo, Lod, Abad, García y Nieto (citados en Tello, 2010) consideran que el esfuerzo físico y mental, los cambios continuos de tareas, el contacto continuo con personas en situación de alta ansiedad y aflicción son elementos que influyen en el estrés laboral de las enfermeras.

Con respecto al contexto laboral del área de hospitalización pediátrica, los pacientes presentan diversos tipos de patología y se encuentra desde neonatos hasta niños de 7 años. Entre las dificultades de trabajar con población infantil, se puede señalar que en la mayoría de casos los pacientes por su corta edad tienen problemas para expresar de manera acertada dónde sienten el dolor. En el caso particular de los neonatos, la dificultad es identificar el tipo de llanto (por hambre, por dolor, cambio de pañal, entre otros) para poder responder a sus demandas de manera adecuada. En cuanto a las labores que realizan las enfermeras en dicha área, se ha reportado múltiples funciones, tales como redactar historias clínicas, hacer devoluciones a los padres del paciente, seguir el tratamiento indicado por los médicos, controlar las funciones vitales de los pacientes, administrar los medicamentos, canalizar las vías, efectuar inter-consultas con otras especialidades, entre otros (Cáceres, comunicación personal, Mayo 25, 2015).

Por otro lado, resulta importante considerar que la carrera de enfermería ha sido tradicionalmente considerada como una profesión femenina, debido a que se encuentra relacionada al cuidado y servicio al otro (Gil-Monte, 2003). En ese sentido, las mujeres son las profesionales más propensas a presentar el síndrome de *burnout*. Con respecto a la relación entre las dimensiones del *burnout*, se ha encontrado que las mujeres experimentan una relación inversa entre las dimensiones de realización personal y despersonalización; es decir, a mayor realización personal menor despersonalización, a diferencia de la población masculina. Por lo cual, se sugiere que la secuencia de las dimensiones puede estar modulada por el sexo (Gil-Monte, 2002).

En esa línea, en una investigación llevada a cabo con un grupo de 278 enfermeras se encontró que entre el 20% y 40% presentan el síndrome de *burnout* (Ballinas, Alarcón & Balseiro, 2009). Asimismo, en un estudio realizado en el contexto peruano con 45 enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encontró que el 64% presentan niveles medios de *burnout* y el 14.3% niveles altos (Coronado, 2006). También los resultados de la investigación con enfermeras del Hospital Casimiro Ulloa señalaron que el 60.42% presentan un nivel medio de *burnout*, el 20.83% nivel bajo y el 18.75% nivel alto (Dávalos, 2005). Por otro lado, en diversos estudios que se realizaron con profesionales de enfermería se halló un bajo nivel de *burnout*. No obstante, se encontró un riesgo alto de padecer el síndrome, debido a que las enfermeras presentaron el elemento más predictivo del *burnout*: elevados niveles de agotamiento emocional (Cañadas et al., 2015; López, Zegarra & Cuba, 2006; Parada et al., 2005).

El desarrollo del síndrome de *burnout* en las enfermeras presenta diversos factores de riesgo de tipo laboral, organizacional e individual (Gil-Monte, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 2009). Entre los factores laborales se encuentran las características inherentes a la profesión, tales como las múltiples funciones que desempeñan, la sobrecarga laboral, la presión del tiempo, los horarios inadecuados, el conflicto y la ambigüedad de roles, los conflictos de valor entre la persona y lo que le exige su trabajo (Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001). Entre los factores organizacionales se destacan el ambiente físico del trabajo, las recompensas insuficientes, el clima laboral, la falta de participación y la carencia de soporte social (Cañada et al., 2015; Díaz et al., 2003; Maslach, 2009; Maslach & Leiter, 1997; Rodríguez et al., 2011; Sánchez-Anguita, 2008; Tonon, 2003). De esta manera, en una investigación realizada con 94 enfermeras se encontró que las fuentes de estrés más vinculadas a las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización son la carga laboral, la falta de soporte social, el conflicto y la ambigüedad de roles. Mientras que el componente de realización personal solo tiene una relación significativa con el conflicto de rol (Lee & Ashforth, 1996; Levert, Lucas & Ortlepp, 2000).

En cuanto a los factores de riesgo individuales, se ha encontrado que las variables de sexo, edad y estado civil guardan relación con el desarrollo del síndrome (Alarcón, Escheleman & Bowling, 2009; Cañadas et al., 2015; Fernández, 2009; Gil-Monte, 2003;

Lima & Alchieri, 2014; Maslach, 2009; Shirom, 2009). Además, la personalidad resistente, el locus de control interno y externo, las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia, la autoestima, el altruismo, el afecto positivo, el afecto negativo, el soporte social, la personalidad tipo A, entre otros son factores se relacionan con el desarrollo del *burnout* (Alarcón et al., 2009; Popp, 2008; Schaufeli & Enzmann, 1998 citados en Maslach, 2009; Shirom, 2009; Reza, Seyed & Gholipour, 2011). A partir de este conjunto de características, los autores proponen que el perfil de una persona que padece del *burnout* se caracteriza por presentar una baja autoestima, afecto negativo, un locus de control externo y un estilo de conducta tipo A (Lee & Ashforth, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998 citados en Maslach, 2009; Shirom, 2009).

Uno de los factores individuales que ha generado mayor interés en las últimas décadas es el Sentido de Coherencia (SOC). Antonovsky (1993) lo define como la capacidad general de la percepción de experiencias vitales que permiten actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. El SOC no es un determinado rasgo de la personalidad ni un estilo particular de afrontamiento, sino es la disposición generalizada de utilizar los recursos que mejor se ajusten a las diferentes situaciones (Antonovsky, 1990).

Antonovsky (1987) considera el SOC dentro de su modelo salutogénico, a través del cual postula una visión dinámica del bienestar humano y se centra en explorar el origen de la salud en lugar de explicar las causas de la enfermedad, en tanto entiende la salud dentro de un continuo de bienestar-enfermedad. De este modo, lo importante no es conocer los factores que conducen al individuo a la enfermedad, sino entender que los estresores son parte habitual de la existencia humana y que lo sustancial es centrarse en estudiar los factores que ayudan a los individuos a mantener el equilibrio entre el bienestar físico y psicológico (Fernández, 2009). Esto significa que desde el modelo salutogénico el caos y el estrés no son realidades objetivas, sino experiencias subjetivas que surgen de las demandas internas y/o externas que forman parte de las condiciones naturales de vida del ser humano (Rivera, Ramos, Moreno, Hernán & García-Moya, 2010).

El SOC se desarrolla a partir de los recursos de resistencia generalizados (RRGs). Estos son definidos como un conjunto complejo de recursos psicológicos, sociales y culturales que potencialmente pueden modificar el efecto de una situación extrema en un individuo (Antonovsky, 1979; Fernández, 2009; Rivera et al., 2010). Antonovsky (1987), Natvig, Hanestad y Samdal (citados en Fernández, 2009) postulan que los RRGs se

desarrollan en la niñez temprana a través de la disponibilidad de recursos económicos, el apoyo social, la inteligencia, el estilo de crianza familiar, las creencias, entre otros. Estos recursos permiten experiencias positivas y coherentes que gradualmente facilitan el desarrollo de un elevado sentido de coherencia (Achilles, 2008; Fernández, 2009), ya que posibilita una conducta activa que conduce al individuo al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos frente a situaciones estresantes.

De acuerdo a Antonovsky (1987, 1979) el SOC es un constructo disposicional o estable a lo largo del tiempo, especialmente después de los 30 años, aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. En ese sentido, diversos estudios han encontrado que el SOC tiende a incrementar con la edad (Antonovsky, 1987; Eriksson & Lindstrom, 2005; Olsson, Hansson, Lundblad & Cederblad, 2006). Sin embargo, el nivel básico del sentido de coherencia se desarrolla en la infancia y se fortalece durante la etapa de la adolescencia, ya que es un periodo de cambios constantes lo que puede favorecer o poner a prueba el SOC (Antonovsky, 1987). Durante la edad adulta se espera mayor estabilidad, ya que la mayoría de las personas han establecido sus principales compromisos de vida en relación con el matrimonio, el trabajo, estilo de vida y han asumido sus roles sociales. Todo esto proporciona un conjunto estable de experiencias de vida que fomentan el SOC (Antonovsky 1979, 1987).

Asimismo, el nivel del SOC influye en la estabilidad del mismo; es decir, se ha señalado que es más estable entre las personas con un alto SOC en comparación con las que tienen un bajo sentido de coherencia (Antonovsky, 1987). No obstante, algunas investigaciones señalan que el SOC no es tan estable como lo propone Antonovsky (Eriksson & Lindstrom, 2005; Volanen et al., 2007). Estos estudios han observado que eventos estresantes influyen en la estabilidad del nivel del SOC, lo que significa que el sentido de coherencia puede ser sensible a la intervención de grandes cambios en la vida (Vastamäki, Moser & Igmarr, 2009; Volanen et al., 2007). Sin embargo, el cambio en el SOC no sería superior al 10 por ciento, y el nivel volvería a su nivel inicial una vez que la razón para el cambio no esté presente (Smith, Breslin & Beaton 2003). De ese modo, si una persona tiene RRGs a su disposición, o los tiene accesibles a su entorno inmediato tiene más oportunidades para enfrentarse a las dificultades que se presenten en su vida. Sin embargo, no basta con contar con los RRGs, sino lo más importante es tener la capacidad

de utilizarlos y gestionarlos adecuadamente de acuerdo a la demanda del ambiente; es decir, poseer sentido de coherencia (Antonovsky, 1979).

El SOC está comprendido por tres dimensiones: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad o sentido emocional a la vida (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005). Estos componentes funcionan como una unidad y están relacionados entre sí, por lo que la dificultad en uno afecta todo el proceso (Antonovsky, 1990). Las personas con un alto SOC tienden a entender su vida y la manera en la que se sitúan frente al mundo, se perciben capaces de manejar los recursos necesarios para responder a las demandas del entorno y finalmente consideran que la vida tiene sentido y que los problemas se presentan como retos que se desean superar (Antonovsky, 1990; Antonovsky & Sourani, 1990; Eriksson & Lindstrom, 2005; Fernández, 2009). Por ello, los individuos con un elevado nivel de SOC están protegidos de los efectos negativos del estrés sobre su estado de salud, ya que este influye positivamente en el estado objetivo y percibido de la salud al disminuir el riesgo de percibir las situaciones de manera desfavorables (Eriksson & Lindstrom, 2005; Fernández, 2009; Rivera et al., 2010; Rodríguez & Virués, 2009).

La comprensibilidad es el componente cognitivo que facilita establecer conexiones lógicas y ordenadas con el entorno, de tal modo que permite concebir la vida como predecible. En ese sentido, la comprensibilidad contribuye a que el individuo tenga conductas adaptativas y realistas, lo cual a su vez facilita la flexibilidad a los cambios futuros (Eriksson & Lindstrom, 2005). Asimismo, esta dimensión fomenta una gestión adecuada para el establecimiento de las relaciones con el entorno, así como también favorece el control de los propios pensamientos y emociones (Vega, 2013). Este es el segundo factor más importante después de la significatividad, en la medida en que la comprensibilidad permite ordenar y estructurar la información de las situaciones y así generar una alta manejabilidad (Antonovsky, 1990).

La manejabilidad es el elemento instrumental y comportamental, y alude a la capacidad de elegir los recursos adecuados para responder a las demandas del ambiente (Antonovsky, 1990). Esta dimensión considera que los recursos están a disposición de la persona y no necesariamente que uno los controla, a diferencia de la autoeficacia y la competencia (Eriksson & Lindstrom, 2005). Este componente está influenciado tanto por la comprensibilidad como por la significatividad (Hittner, 2000). Asimismo, el individuo que

posee la capacidad de movilizar sus recursos y enfrentar los estímulos estresantes de la vida diaria presenta una mayor calidad de vida (Drageset et al., 2008).

La significatividad es la dimensión motivacional que permite añadir el valor positivo a las experiencias de vida independientemente de la forma en la que ocurran (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005). Es la capacidad de otorgarle un valor a la vida y considerar que los retos merecen esfuerzo, que son significativos y dignos de compromiso. De esta manera, la persona otorga un valor a sus experiencias de vida, por lo que emplea su tiempo y energía para enfrentarse a los problemas. Aunque los tres componentes del SOC son necesarios, este es el más importante debido a que sin el componente motivacional la alta comprensibilidad y manejabilidad se vuelven temporales (Antonovsky, 1990).

Las investigaciones han demostrado que el SOC funciona como una variable moderadora del estrés (Harry & Coetzee, 2011; Nilsson, Axelsson, Gustafson, Luddman & Norberg, 2001; Rothmann, Steyn & Mostert, 2005). En esa línea, los resultados de un estudio con una muestra de 818 enfermeras encontraron que un fuerte sentido de coherencia se asocia con el uso de estrategias activas de afrontamiento, tales como la búsqueda de apoyo emocional y/o social; y, por lo tanto, tienen la capacidad de manejar los factores de estrés en el trabajo de una manera positiva (Van der & Rothmann, 2009). Asimismo, en una investigación realizada con 331 enfermeras se encontró que el sentido de coherencia se correlaciona con el funcionamiento adecuado en el trabajo (Basinka, Andruszkiewicz & Grabowska, 2011).

De ese modo, los altos niveles de sentido de coherencia predicen una menor incidencia de síndrome de *burnout* en los profesionales (Colff et al., 2009; Fernández, 2009; Harry & Coetzee, 2011; Love, Miang, Hogg, Robson y Irani, 2011; Malagón, Fuentes, Suñer, Bonmatí; Moreno-Jiménez et al., 1999; Nilsson et al., 2001; Rodríguez & Virués, 2009; Rothmann et al., 2003). En diferentes investigaciones con grupos de profesionales de la salud se encontró una relación inversa entre las dimensiones del *burnout* y el SOC-total (Levert et al., 2000, Roca & Torres, 2001; Vega, 2013), pero especialmente la evidencia empírica señala que de los tres componentes del SOC, la comprensibilidad es el factor más importante para reducir la presencia del síndrome de *burnout* (Achilles, 2008; Moreno-Jiménez et al., 1999; Rothmann & Malan, 2003; Van, 2004).

De igual forma, los estudios señalan que existe una relación entre los componentes del SOC y las dimensiones del *burnout*. Achilles (2008) en una investigación realizada con 91 enfermeras de la especialidad de psiquiatría encontró que el componente de comprensibilidad tiene una relación inversa y baja con la dimensión de agotamiento emocional, pero una relación directa y baja con la realización personal. Por otro lado, la manejabilidad presentó una relación directa y baja con la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización, y una relación inversa con realización personal. Sin embargo, Van (2004) en un estudio realizado con 272 científicos e ingenieros halló que las tres dimensiones del SOC se relacionan moderadamente e inversamente con los componentes de agotamiento emocional y despersonalización; mientras que se encontró una correlación directa y moderada con la dimensión de realización personal. Por su parte, Roca y Torres (2001) en un estudio con médicos encontraron una relación inversa y moderada entre la comprensibilidad y el cansancio emocional; y de igual forma, una relación inversa y baja entre significatividad y realización personal. Cabe señalar, que pese a que dichos estudios fueron realizados con distintas poblaciones y diferentes versiones del MBI existe cierta evidencia de la relación entre el SOC total y sus dimensiones con los componentes del *burnout*. No obstante, este no ha sido estudiado a profundidad en el personal de enfermería.

A partir de lo expuesto previamente, resulta importante el estudio de las enfermeras que laboran en la unidad de hospitalización pediátrica porque asumen el cuidado de una de las poblaciones más vulnerables: los niños, quienes tienen mayores dificultades para manifestar sus síntomas y recibir tratamientos médicos. Además, las condiciones laborales y organizacionales las exponen a un alto riesgo del desarrollo del *burnout*. Por ello, es importante el estudio del SOC como una variable moduladora del síndrome, ya que distintas investigaciones señalan que este actúa como amortiguador del estrés al estar relacionada positivamente con el autoestima, la autoeficacia, la percepción del control, el estilo de afrontamiento centrado en el problema, el apoyo social, y también con otros constructos de la psicología positiva (Harry & Coetzee, 2011; Nilsson, Axelsson, Gustafson, Luddman & Norberg, 2001; Rothmann, Steyn & Mostert, 2005).

Asimismo, el sentido de coherencia es el concepto fundamental del modelo salutogénico de Antonovsky. Su estudio es novedoso en el ámbito de la salud y el bienestar humano y está suscitando un creciente interés en la comunidad científica y en los



profesionales dedicados a la promoción de la salud por su importante relación con la salud y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta que es una variable disposicional (Antonovsky, 1987; Eriksson & Lindstrom, 2006, 2007). Por otro lado, existen escasas investigaciones en esta población que profundicen en el estudio de las dimensiones del *burnout* y los componentes del SOC.

En ese sentido, los resultados del presente estudio podrían contribuir al esclarecimiento de la relación entre las dimensiones del *burnout* y los componentes del SOC. A partir de ello, se espera que los resultados contribuyan con la potenciación de los recursos personales de los profesionales; y a su vez, sirvan de insumo para proponer medidas preventivas para mejorar el entorno laboral de la institución y con ello se mejore la atención que se les brinda a los pacientes y familiares.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como propósito principal analizar las relaciones entre las dimensiones del *burnout* y los componentes del sentido de coherencia en una muestra de enfermeras de la unidad de hospitalización pediátrica de un hospital de Lima Metropolitana mediante la aplicación de dos instrumentos en un solo momento del tiempo. Asimismo, busca describir las dimensiones y los niveles de *burnout* en la muestra de enfermeras. Finalmente, se pretende explorar si existen diferencias entre las dimensiones del *burnout* y el SOC-total de acuerdo a las distintas variables sociodemográficas y laborales.

Método

Participantes

Las participantes de este estudio fueron 74 enfermeras que laboran en la Unidad de Hospitalización Pediátrica (UHP) de un hospital del Lima Metropolitana. El contacto con las participantes fue de manera voluntaria e individual. La aplicación del protocolo de investigación se realizó según su disponibilidad de tiempo dentro del horario de trabajo. Cabe señalar, que previa a la misma, se les presentó un consentimiento informado (Ver Anexo A) con la finalidad de explicarles el objetivo del estudio y garantizar el anonimato y el carácter voluntario de la investigación. El criterio de inclusión considerado en la presente investigación fue contar con mínimo 6 meses de experiencia en el área de hospitalización.

En cuanto a las características sociodemográficas, la edad de las participantes fluctuó entre los 24 y 50 años con una media de 36.51 ($DE=7.72$). En relación al estado civil, la mayoría eran solteras (40.5%) y casadas (40.5%) y tienen entre 1 y 4 hijos (56.8%). Con respecto a los datos laborales, se encontró que el tiempo que ejercen la profesión de enfermería variaba entre 2 y 28 años ($M=10.94$, $DE=6.92$); trabajaban en la institución en un rango de 1 a 28 años ($M=8.27$, $DE=6.92$); y prestaban servicio en el área de hospitalización entre 1 y 28 años ($M=8.21$, $DE=6.79$). Además, la mayoría (64.9%) tenía otro trabajo remunerado fuera de la institución.

En relación a las características organizacionales, todas las participantes del estudio eran nombradas; es decir, cuentan con un contrato laboral indefinido. Trabajaban entre 3 y 4 turnos de 12 horas (36.5% y 59.5%, respectivamente), los cuales eran distribuidos durante cada semana, realizaban dos guardias diurnas y una guardia nocturna, posteriormente, descansaban aproximadamente entre 3 y 4 días en la semana (73% y 24.3%, respectivamente). Asimismo, la mayoría de enfermeras trabajaba realizando ambas guardias (89.2%). En cada turno atendían entre 4 y 14 pacientes ($M=8.51$, $DE=2.01$), quienes se encontraban entre los 0 meses y 17 años de edad.

Entre los estresores más frecuentes en el área de hospitalización, se encontraron las actividades de canalización de vías (20.3%) y la gestión de alta del paciente (18.9%). Además, en cuanto al ámbito interpersonal, las participantes manifestaron sentirse poco satisfechas con la relación laboral con sus colegas (58.1%), así como también con la jefa del departamento de enfermería (48.6%).

Medición

Se administró el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el cual está compuesto por 22 ítems que se organizan en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, los cuales son medidos a través de una escala tipo Likert con 7 posibles alternativas de respuesta que van desde 0 (*nuca*) a 6 (*todos los días*). Desde esta perspectiva teórica, el síndrome de *burnout* se manifiesta cuando se obtienen altos niveles en los componentes de agotamiento emocional y despersonalización y un bajo puntaje en la dimensión de realización personal (Maslach et al., 2001). Por ello, el MBI no cuenta con un puntaje total que indique el diagnóstico de *burnout*, por lo que solo evalúa los niveles de cada uno de sus componentes.

En relación a la validez de constructo del instrumento, el análisis factorial exploratorio indicó una estructura de tres elementos, que explica el 41% de la varianza total, el cansancio emocional explica el 20% de esta varianza y el 21% los otros dos componentes. Asimismo, la confiabilidad muestra que las tres subescalas han alcanzado valores adecuados de consistencia interna, presentando un alfa de cronbach de .90 para la dimensión de cansancio emocional; .79 para la despersonalización y, finalmente, .71 para la realización personal (Maslach & Jackson, 1986).

El MBI fue adaptado al castellano por Seisdedos (1997), quien en una muestra de profesionales de los servicios médicos obtuvo la confiabilidad por consistencia interna y reportó alfas de Cronbach .91 para agotamiento emocional, .87 para despersonalización y .83 para realización personal. En cuanto al análisis factorial exploratorio, se encontró que el modelo tripartito explica el 44% de la varianza total. Además, el MBI está apoyado por otros tipos de validez como la convergente y la discriminante (Llaja, Sarriá & García, 2007). Para medir la estabilidad del constructo en el tiempo se utilizó el método test- retest en dos oportunidades: la primera con un intervalo de 2 a 4 semanas y la segunda de un año.

En el Perú, la adaptación del MBI fue realizada por Llaja y colaboradores (2007), quienes en una muestra de profesionales de la salud obtuvieron alfas de Cronbach de .80 en agotamiento emocional, .56 para despersonalización y .72 para realización personal. La validez del instrumento se obtuvo a través del análisis factorial exploratorio, el cual replicó las tres dimensiones: el cansancio emocional explica el 20 % de la varianza, la despersonalización y la realización personal 21%. En ese sentido, el porcentaje total de

varianza explicada fue del 41%, siendo el cansancio emocional la dimensión que explica una mayor varianza.

En el contexto peruano, se ha empleado el Maslach Burnout Inventory para evaluar el *burnout* en profesionales asistenciales que trabajan en instituciones de salud. Estos estudios obtuvieron una confiabilidad adecuada, con alfas de Cronbach que oscilaban entre .64 y .91 para agotamiento emocional, de .22 a .75 para despersonalización; y finalmente, .59 y .75 en realización personal (Aliaga, 2012; Coronado, 2006; Dávalos, 2005; López, Zegarra & Cuba, 2006; Mercado, 2006; Morales, 2007; Vilela, 2013). En el presente estudio, la confiabilidad más alta la obtuvo el componente de agotamiento emocional con un alfa de cronbach de .78, seguidamente por realización personal con .68, y finalmente, la dimensión de despersonalización con .66.

El sentido de coherencia se midió a través de la versión abreviada del Cuestionario de Orientación hacia la Vida (OLQ-13 o SOC-13) de Antonovsky. Esta escala está compuesta por 13 ítems, los cuales se agrupan en tres componentes: Comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. El formato de respuesta de la escala es de tipo Likert con 7 posibles que va de 1 (“*nunca tuve este sentimiento*”) hasta 7 (“*siempre tuve este sentimiento*”). La puntuación total del SOC-13 oscila entre 13-91 y los ítems que deben ser invertidos son el 1, 2, 3, 7 y 10.

En cuanto a las propiedades psicométricas del SOC-13, los estudios reportan una adecuada confiabilidad con un alfa de cronbach de .82 para la escala total. A través del método test retest se halló un adecuado coeficiente de estabilidad en el tiempo de .54 en un periodo de 2 años (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005). Además, se obtuvo una adecuada validez de contenido y constructo (Antonovsky, 1993). Sin embargo, cabe señalar que la estructura factorial de la escala en las tres dimensiones no está completamente clara, puesto que el SOC parece ser un concepto multidimensional más que unidimensional. No obstante, las puntuaciones indican que el sentido de coherencia es mayor cuanto más elevada es la puntuación de la escala total.

El cuestionario de orientación hacia la vida ha sido utilizado en 33 países de diversas culturas, por lo que se considera un instrumento transcultural (Eriksson & Lindstrom, 2005). Las investigaciones en distintas muestras y contextos han reportado adecuadas alfas de Cronbach para los componentes del SOC (Barraza, 2014; Basinka, Andruskzkiewics & Grabowska, 2011; Córdova, 2015; Dávila, 2015; Love, Miang, Hogg,

Robson & Irani, 2011; Moya, 2014; Nilsson, Axelsson, Gustafson, Luddman & Norberg, 2001; Saravia, 2013; Torres, 2014; Van der & Rothmann, 2009). Además, Eriksson y Lindstrom (2005) en la revisión sistemática de 127 estudios encontraron un alfa de cronbach que oscila desde .70 hasta .92 en la escala total del SOC-13.

En el contexto peruano, la adaptación del instrumento fue realizada por Saravia, Iberico y Yearwood (2014), quienes obtuvieron un alfa de cronbach de .80 en la escala total del SOC-13. En la subescala de comprensibilidad se reportó un alfa de cronbach de .63, manejabilidad, .59 y significatividad, .61. Además, los resultados de este estudio mostraron claramente que la solución teórica de tres factores tiene un adecuado modelo explicativo. Sin embargo, algunos ítems (1, 2, 5 y 11) no cumplieron el punto .40 de corte para terminar de ajustar bien al modelo.

En la presente investigación se encontró un alfa de cronbach de .78 para el SOC-13 global. En cuanto a las subescalas, la dimensión de comprensibilidad obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de .65 y .57 para la significatividad. Sin embargo, el componente de manejabilidad obtuvo un coeficiente por debajo de lo esperado ($\alpha=.39$). Por ello, se decidió excluir este componente de los análisis. Esto se podría explicar por la escasa capacidad discriminativa de los ítems debido a la alta homogeneidad en las respuestas de las participantes. No obstante, se consideraron estos ítems para la escala total del SOC porque aportan a la confiabilidad y presentan adecuadas correlaciones ítem test.

Análisis de datos

Con respecto al análisis estadístico de los resultados, se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS 22. En primer lugar, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y a partir de los resultados, se procedió a trabajar con estadísticos paramétricos. Luego, de acuerdo al objetivo principal del estudio, se correlacionaron las dimensiones del burnout y el SOC con el coeficiente de correlación de Pearson. En cuanto a los objetivos específicos, se describió las dimensiones y los niveles de *burnout* establecidos por Llaja et al. (2007). Finalmente, se realizó un análisis de contraste de medias con las variables sociodemográficas y laborales relacionados con las dimensiones del *burnout*, así como con el SOC-total. Para este objetivo específico, se utilizó el estadístico t-student o ANOVA. Luego, en caso de haber utilizado este último estadístico se

realizó un análisis Post Hoc para determinar las diferencias en las variables sociodemográficas y laborales de la muestra.



Resultados

La presente investigación tiene como objetivo general establecer la relación entre las dimensiones del *burnout* y los componentes del sentido de coherencia en una muestra de enfermeras de un hospital pediátrico de Lima Metropolitana. En primer lugar, se reportan los descriptivos de las dimensiones y los niveles del síndrome de *burnout* y posteriormente, su relación con los componentes de sentido de coherencia. Luego, se indican los análisis comparativos entre el *burnout* y el SOC-total de acuerdo a las variables sociodemográficas y laborales de la muestra.

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, se encontró que las enfermeras experimentaban un nivel medio de agotamiento emocional (39.2%) y despersonalización (37.8%) y más de la mitad de las participantes presentaban un nivel bajo de realización personal (54.1%) (Tabla 1).

Tabla 1

Descriptivos de las dimensiones del burnout

Dimensiones del burnout	M	DE	Alto		Medio		Bajo	
			N	%	N	%	N	%
Agotamiento Emocional	18.68	9.07	27	36.5	29	39.2	18	24.3
Despersonalización	5.73	5.45	22	29.7	28	37.8	24	32.4
Realización Personal	37.93	6.49	16	21.6	18	24.3	40	54.1

Asimismo, el 28.4 % de las enfermeras pediátricas se encuentran sanas, el 37.8% están en riesgo de padecer *burnout*, es decir, presentan al menos una dimensión afectada; el 17.6% se encuentran en tendencia, lo que significa que presentan dos dimensiones afectadas; y 16.2% experimentan *burnout* (Gráfico 1).

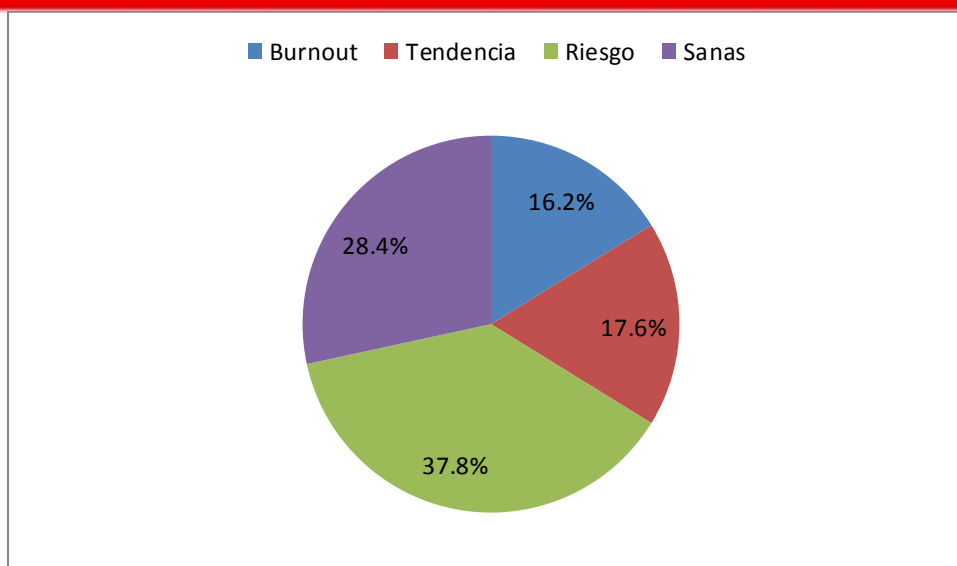


Gráfico 1: Descripción de los niveles de burnout

Además, al efectuarse los contrastes de medias no se encontraron diferencias significativas entre los componentes del *burnout* y las variables sociodemográficas tales como la edad, estado civil y número de hijos. Sin embargo, se obtuvo diferencias significativas entre la dimensión de realización personal y la variable laboral de tiempo de experiencia ejerciendo la profesión de enfermería. Se encontró que aquellas profesionales que tenían menos años de experiencia entre 2 y 14 años ($M=39.22$, $DE=5.46$) obtuvieron mayores puntuaciones en esta dimensión que quienes tenían más experiencia entre 15 y 28 años ($M=35.82$, $DE=7.53$); $t(72)=2.241$, $p=.028$. El tamaño del efecto de esta diferencia fue .51, el cual según el criterio de Cohen es mediano.

En cuando al SOC-total, se encontraron diferencias significativas entre las enfermeras que tenían pareja y las que no tenían. Las primeras obtuvieron mayores puntuaciones en la escala del SOC-13 ($M=68.90$, $DE=9.96$) que las que no tenían pareja ($M=63.94$, $DE=10.65$), $t(72)=2.067$, $p=.042$. El tamaño del efecto de esta diferencia fue .48, el cual de acuerdo al criterio de Cohen es mediano.

Por último, se obtuvieron correlaciones inversas y medianas entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización con los componentes de comprensibilidad y significatividad. Mientras que la dimensión de realización personal y significatividad presentan una correlación directa y mediana. A nivel global, se encontró que las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización tienen una correlación inversa

y mediana con el SOC-13; mientras que la realización personal mostró una relación directa y mediana con la misma (Tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones entre las dimensiones del Burnout y los componentes de SOC-13

	Comprensibilidad	Significatividad	SOC-Total
Agotamiento Emocional	-.17	-.40**	-.34**
Despersonalización	-.10	-.26*	-.24*
Realización Personal	.25*	.15	.28*

*p < 0.05**, *p < 0.01***



Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados encontrados en la investigación. En primer lugar, se abordan las diferencias encontradas entre las dimensiones del *burnout* y el sentido de coherencia de acuerdo a las variables sociodemográficas y laborales consideradas. Luego, se indican las relaciones obtenidas entre las dimensiones del síndrome de *burnout* y los componentes del sentido de coherencia.

Los estudios con enfermeras que laboran en la unidad de hospitalización pediátrica suelen reportar un alto nivel de estrés, debido a que la población atendida se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano; y una mayor dificultad para tolerar el estrés frente al entorno hospitalario (Alfaro & Atria, 2009; Fernández, s.f.). Este contexto podría estar asociado a un grado mayor de *burnout* en este grupo, comparado con enfermeras de otras especialidades. En la presente investigación, se encontró que el 16.2% de las enfermeras se encuentran padeciendo de *burnout*, mientras que el 17.6% y 37.8% se encuentra en tendencia y riesgo a desarrollar el síndrome, respectivamente, en contraste con un 28.4% que se encuentran sanas. Estos datos sugieren que la mayoría de profesionales se encuentran vulnerables a desarrollar el síndrome de *burnout*, puesto que gran parte de las participantes experimenta un nivel medio de agotamiento emocional y despersonalización, y más de la mitad un nivel bajo de realización personal. Este hallazgo alerta el progreso del desarrollo del síndrome de *burnout*, lo cual es preocupante.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Morales (2007) quien encontró que las enfermeras pediátricas presentaban niveles medios en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, pero a diferencia de esta investigación, también puntajes moderados en cuanto a la realización personal. No obstante, Jacobs, Nawaz, Hood y Bae (2012), en un estudio con 206 profesionales de atención pediátrica, entre ellos médicos y enfermeras, encontraron que el 68% y 80% presenta bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, respectivamente, mientras que el 53% obtuvieron altos niveles de realización personal. De igual forma, Jofré y Valenzuela (2005) encontraron que 26 enfermeras del área de cuidados intensivos pediátricos presentaron bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que la mayor parte de la muestra obtuvo un alto nivel de realización personal.

Estos resultados y los de la presente investigación, posiblemente, se relacionen con la forma como las mujeres han sido socializadas en nuestra cultura occidental para cuidar, educar, encargarse de los niños, las tareas del hogar, independiente de su labor en el trabajo, lo cual parece ser un factor protector ante el estrés laboral (Gil-Monte, 2002). Dicho de otro modo, la herencia cultural acerca del rol femenino podría estar facilitando que las enfermeras de una u otra manera se sientan cómodas con sus funciones laborales, lo cual reduciría la posibilidad de padecer *burnout*. No obstante, es importante no perder de vista al número de profesionales que se encuentran en riesgo, tendencia o padeciendo el síndrome de *burnout*.

Otra posible explicación a dichos resultados podría ser por el tipo de pacientes que se atienden en esta unidad de hospitalización. En ese sentido, se podría hipotetizar que los pacientes pediátricos son menos demandantes que los adultos, quienes a diferencia de los niños, suelen estar más al pendiente de su diagnóstico y progreso. Mientras que los niños por su edad evolutiva en muchas ocasiones no entienden muy bien lo que les sucede, ya que si bien tienen un pensamiento lógico este aún está limitado por la realidad física (Piaget, 1980, 2015). Además, los niños pueden disipar sus temores y angustias con la contención de sus familiares, en especial de sus padres, quienes durante la hospitalización permanecen la mayor parte del tiempo a su lado. Si bien los niños son más vulnerables psicosomáticamente, cuando el paciente pediátrico recibe contención del entorno familiar, habitualmente pone en marcha sus recursos adaptativos para enfrentar la enfermedad y los temores que ello conlleva (Fernández, s/f). Esto significa, que el rol de contención emocional por lo general lo asumen los padres, lo cual a su vez permite que las enfermeras tengan una menor carga emocional.

Asimismo, resulta importante considerar que la literatura sugiere que existe una serie de factores de riesgo de tipo sociodemográfico, organizacional y laboral que contribuyen con el desarrollo del síndrome (Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001; Maslach, 2009). Sin embargo, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones del *burnout* y las variables sociodemográficas como la edad, número de hijos y estado civil, lo cual coincide con otros estudios (Díaz, Mendo, Vásquez, 2003; Vega, 2013, Yildirim, 2008). Al respecto, es importante resaltar que hasta la actualidad no existen resultados concluyentes en torno a dichas variables (Fernández, 2009; Maslach,

2009; Rodríguez et al., 2011; Schaufeli & Enzmann, 1998), lo cual podría sugerir que el síndrome de *burnout* se circunscribe a cada muestra y a sus características particulares.

No obstante, en el presente estudio se encontraron diferencias significativas en relación a la dimensión de realización personal y el tiempo de servicio. Las enfermeras que tienen entre 2 y 14 años ejerciendo su carrera, en contraste con quienes tienen entre 15 y 28 años trabajando, poseen un mayor puntaje en la dimensión de realización personal. Estos resultados coinciden con el estudio de Livianos (citado en Díaz, Mendo, Vásquez, 2003) en el cual se encontró que las profesionales que tienen menor tiempo de experiencia laboral suelen poseer expectativas idealistas sobre su eficacia y competencia en el trabajo (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg & Roolniak, 2007; Díaz, Mendo & Vásquez, 2003; Gómez et al., 2009; Tello 2010) y, por ende, suelen presentar mayores niveles de realización personal. En esa misma línea, otros estudios señalan que los profesionales que tenían menos de 10 años de antigüedad en la profesión presentaban altos niveles de realización personal a diferencia del grupo con mayor antigüedad laboral (Atance, 1997; Nuñez, 2010). A partir de ello, se podría hipotetizar que con el transcurso del tiempo se presenta un mayor desajuste de las expectativas laborales, lo cual podría ocasionar una sensación de frustración y desaliento en las profesionales que conlleva a una baja realización personal.

Por ello, un aspecto importante a considerar son las condiciones laborales en las que trabajan las enfermeras, ya que están relacionadas al incremento de los niveles del estrés laboral (OMS, 2004). Además, se ha reportado que los profesionales de la salud que trabajan en instituciones públicas poseen recursos limitados, alta presión y considerable demanda laboral, lo cuales son factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout (Vasconcelos & Zariñana, 2013). Por lo tanto, las condiciones laborales a las que se encuentran expuestas las enfermeras podrían afectar su bienestar psicológico y, por ende, su capacidad para laborar en óptimas condiciones (Escribas, Más, Cárdenas, Burguete & Fernández, 2000).

A pesar de que las participantes del presente estudio laboran en una institución pública no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las características organizacionales y el *burnout*. Esto podría estar relacionado con el tipo de contrato laboral, ya que al ser nombradas existe una mayor estabilidad en el trabajo y tienen el derecho a recibir todos los beneficios acorde a la ley (Ministerio del Trabajo y Promoción del

Empleo, 2010). Dicho de otro modo, trabajar en estas condiciones, probablemente, sea menos estresante puesto que las enfermeras no tienen la preocupación de perder su puesto de trabajo en cualquier momento. Otra variable organizacional importante podría ser el trabajo social que se brinda en este hospital a través de la labor de las Organizaciones no gubernamentales (ONG's) y los diferentes programas de voluntariados, ya que estos tienen la misión de crear climas más humanos, desdramatizar el ambiente, generar momentos de despreocupación y alegría, así como atenuar el estrés de familiares e influir positivamente en el personal de salud (Bola Roja, 2016). Por ello, se podría hipotetizar que existen ciertos factores organizacionales que podrían funcionar como factores protectores frente al desarrollo del síndrome.

Por otro lado, también se hipotetiza que probablemente este grupo de enfermeras pediátricas poseen variables individuales que están funcionando como factores protectores frente al desarrollo del *burnout*. En ese sentido, las variables individuales tales como el estilo de personalidad resistente, el locus de control interno, las estrategias de afrontamiento, el autoestima, la autoeficacia, el afecto positivo, la personalidad, entre otros podrían asociarse a una menor incidencia del estrés laboral crónico (Alarcón et al., 2009; Popp, 2008; Schaufeli & Enzmann, 1998 citados en Maslach, 2009; Shirom, 2009; Reza, Seyed & Gholipour, 2011).

Por lo tanto, es importante no reducir el estudio del *burnout* únicamente a las variables laborales y organizacionales, las cuales si bien se relacionan con este, no son los únicos factores relacionados al desarrollo del *burnout* (Gil-Monte, 2005; Tonon, 2003). Por ello, también se debe incluir el estudio de las variables individuales, tales como el sentido de coherencia, ya que funciona como un factor protector frente al estrés (Achilles, 2008; Erickson & Lindstrom, 2005; Nilsson et al., 2001; Rothmann et al., 2005) porque facilita la solución de los dificultades de forma adaptativa cuando los individuos se encuentran en contextos estresantes (Antonovsky, 1987).

Con respecto al SOC y las variables sociodemográficas, las enfermeras que tienen pareja presentan un mayor puntaje en la escala total de sentido de coherencia en comparación con las que no tienen pareja. Existe una vasta literatura que indica que el soporte social contribuye con la disminución del estrés, por lo cual se hipotetiza que este podría ser un factor protector frente al desarrollo del síndrome de *burnout* (Tonon, 2003). Es decir, el soporte social percibido por las enfermeras por parte de su pareja podría ser un

medio para canalizar el estrés que les podría generar sus actividades laborales. De esta manera, las formas de sustento emocional e instrumental brindado por el grupo primario, en el cual se incluye a las parejas, reduce la angustia y la excitación física perjudicial en situaciones de estrés (Peggy, 2011). Por lo tanto, el soporte social facilitaría una conducta más adaptativa y positiva frente a los estresores laborales y ambientales (Barra, 2004).

En cuanto a la relación entre los componentes del SOC y las dimensiones del *burnout*, la literatura no profundiza la relación entre ambas variables, puesto que el SOC ha sido estudiado predominantemente como un concepto unidimensional. Además, cabe señalar que si bien la presente investigación es de tipo correlacional no se debe perder de vista que el SOC es una variable más estable o disposicional a lo largo de la vida de las personas (Antonovsky, 1993), mientras que el *burnout* está más circunscrito a un fenómeno laboral (Maslach, 2009). En ese sentido, Moreno, González y Garrosa (1999) señalan que el sentido de coherencia tiene una función moduladora en los procesos de estrés y *burnout*, ya que actúa en función del nivel que presente, como un facilitador o inhibidor del *burnout* y la sintomatología percibida.

En el presente estudio, se encontró que el componente de significatividad presenta una relación significativa e inversa con la dimensión de agotamiento emocional. Por consiguiente, podría considerarse que aquellas enfermeras que no tienen una visión comprometida y positiva con la vida; y que no son capaces de asumir los problemas del entorno como retos superables, tiendan fácilmente a sentirse agotadas y debilitadas física y emocionalmente para enfrentarse a los estresores del ambiente (Antonovsky, 1993; Maslach, 2009). También se podría considerar que las enfermeras pediátricas que experimentan mayor agotamiento emocional tienden a no otorgarle un valor positivo a sus experiencias de vida, lo que podría afectar su capacidad para enfocarse en enfrentar los estresores del entorno (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005). De esta manera, se hipotetiza que el sentimiento de sobreexigencia y vacío de recursos emocionales y físicos que perciben las profesionales como manifestación del agotamiento emocional se relaciona con la disminución del componente motivacional del sentido de coherencia, es decir, la significatividad.

Además, se encontró una relación significativa e inversa entre el componente de significatividad y la dimensión de despersonalización. Este hallazgo sugiere que las enfermeras que carecen de la capacidad de otorgarle un valor positivo a sus experiencias de



vida podrían estar más expuestas a experimentar estados de ánimos negativos, y a su vez a una mayor insensibilización afectiva que se materializa en el trato distante con los pacientes. De acuerdo a la teoría de la inteligencia emocional, la motivación es un factor importante para el desarrollo de la empatía, ya que la motivación favorece las relaciones socio-afectivas (Goleman, 2001). Es decir, la falta de motivación o interés y motivos específicos para actuar podría limitar los sentimientos de empatía con los pacientes, en la medida que no manifestarían entusiasmo y compromiso en la realización de su trabajo, en este caso, al cuidado y recuperación del paciente. También podría considerarse que la respuesta emocional negativa, insensible y apática hacia los pacientes podría afectar el apego y la motivación por el trabajo; y por ende, la capacidad para comprometerse y esforzarse en la realización de las labores diarias (Marreno, 2004). De esa manera, el estrés en el trabajo afecta la productividad, motivación, satisfacción, el compromiso y clima laboral de las profesionales (Durán, 2010; Sánchez-Anguita, 2008). Por consiguiente, se podría hipotetizar que la dimensión de despersonalización, al estar caracterizada por la insensibilización afectiva y vinculada a estados emocionales negativos, se relaciona con bajos niveles de motivación en las profesionales de enfermería pediátrica.

Asimismo, se halló una relación significativa y directa entre el componente de comprensibilidad la realización personal. En ese sentido, es posible que las enfermeras que cuentan con recursos personales de organización y gestión puedan comprender mejor las situaciones del entorno, facilitando de ese modo la búsqueda de recursos adecuados para responder a los estresores del ambiente; y esto a su vez, podría contribuir a que se sientan más competentes y eficientes en su labor. La comprensibilidad, al permitir anticipar las posibles situaciones negativas y facilitar el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas y flexibles podría favorecer el desarrollo de estrategias eficaces para la solución a las dificultades (Antonovsky, 1990; Eriksson & Lindstrom, 2005), y por ende fortalecer el sentimiento de autoeficacia laboral. Otra lectura de este hallazgo podría indicar que aquellas enfermeras que valoran su trabajo y se sienten competentes tienden a establecer conexiones lógicas en su entorno para un buen entendimiento de las situaciones, lo cual les permite desplegar conductas adaptativas y realistas frente a situaciones estresantes (Eriksson & Lindstrom, 2005).

Por otro lado, no se encontró una relación significativa entre la significatividad y la dimensión de realización personal. En estos resultados podrían sugerir cierta incongruencia,

debido a que ambos componentes hacen referencia al ámbito motivacional y de autoevaluación (Antonovsky, 1993; Maslach & Leiter, 1997). Sin embargo, probablemente la motivación en el trabajo no sea suficiente para abarcar la significatividad, ya que sus ítems se circunscriben únicamente al ámbito laboral y no logran englobar la complejidad de la significatividad. En otras palabras, el burnout al ser una variable circunstancial o específica al ámbito laboral (Maslach, 1982; 2009) no permite abarcar una orientación global hacia la vida.

De igual forma, no se encontró una relación significativa entre la comprensibilidad y el agotamiento emocional, lo cual sugiere que la capacidad para ordenar y estructurar la información del ambiente, de modo que se pueda entender y enfrentar la situación adecuadamente no se asocia con la sensación de vacío de recursos emocionales. En la misma línea, tampoco se halló una relación entre la comprensibilidad y la despersonalización. Por ello, estos resultados parecen indicar que los componentes de despersonalización y agotamiento emocional, al estar más ligados al ámbito emocional no se asocian con el componente cognitivo, que forma parte de la comprensibilidad (Antonovsky, 1990; Antonovsky, 1993; Maslach, 2009; Maslach & Leiter, 1997).

Asimismo, uno de los principales hallazgos del presente estudio son las relaciones entre las dimensiones del burnout y el SOC-total, lo cual coincide con los resultados de investigaciones previas (Achilles, 2008; Roca & Torres, 2001; Skodova & Lajciakova, 2013; Vega, 2013). De manera específica, se observa una relación significativa e inversa entre el SOC-13 y las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y una relación significativa y directa con la realización personal. Estos resultados, a su vez, develan la importancia del sentido de coherencia en la salud, ya que este tiene como función principal evitar el malestar en el individuo ante las situaciones desfavorables o adversas, es decir el SOC permite tolerar el estrés (Antonovsky, 1990). En esa misma línea, diversos estudios han encontrado una relación positiva entre el SOC, el bienestar psicológico, las prácticas saludables; así como también, con la salud percibida y estado de salud (Eriksson & Lindstrom, 2006; Suraj & Singh, 2010; Von Bothmer & Fridlund, 2003).

Por consiguiente, las enfermeras que obtuvieron altas puntuaciones en el SOC-total podrían sentirse más satisfechas con su trabajo, así como también presentar una percepción positiva de las experiencias de vida; lo cual se podría relacionar con menores niveles de cansancio emocional y físico, ya que tienden a utilizar los recursos adecuados en las

situaciones desfavorables y; por ende, logran un mejor ajuste a la realidad (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2005). Asimismo, podría ocurrir que las enfermeras que presentan menores niveles de agotamiento emocional; es decir que se sienten con la capacidad y los recursos adecuados para responder a las demandas del ambiente, lograrían tener una percepción saludable o positiva de sus experiencias de vida, a pesar de las dificultades. En ese sentido, el SOC podría facilitar una alta autoeficacia percibida, ya que se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados (Bandura, 1977).

Del mismo modo, se podría concluir que los mayores niveles de SOC se asocian a menores niveles de despersonalización, lo cual podría favorecer un mejor vínculo con su entorno, en la medida que contribuiría con una respuesta emocional positiva y con un mejor afrontamiento al estrés. También, se podría considerar que las enfermeras que presentan bajos niveles de despersonalización tengan mayores posibilidades de establecer relaciones interpersonales saludables, ya que tendrían habilidades sociales que les permitiría vincularse mejor con los otros. Por último, la relación directa entre el SOC y la realización personal podría relacionarse a que ambos contribuyen con el bienestar y la estabilidad del individuo (Antonovsky, 1993; Fernández, 2009; Rivera et al., 2010). Además, es importante considerar que ambos constructos están orientados hacia el espectro de la psicología positiva; es decir, tanto el SOC como la realización personal son factores individuales que permiten que las personas recuperen el equilibrio psicológico al tener la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias adversas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Es sustancial resaltar que en la presente investigación el componente más importante del SOC fue la significatividad, debido a que dicha escala mostró una correlación más alta en comparación con los demás componentes. Esto coincide con la propuesta del autor original, quien señala que sin el componente motivacional tanto comprensibilidad como la manejabilidad se vuelven temporales (Antonovsky, 1990). En cuanto al síndrome de burnout la dimensión más importante fue el agotamiento emocional, el cual tiene mayor presencia en el desencadenamiento del fenómeno (Lee & Ashforth, 1993; Maslach, 1981; 2001; 2009). Al respecto, en distintas investigaciones han reportado que el agotamiento emocional es el más consistente y estable con respecto a las otras dos

dimensiones (Schaufeli & Enzmann, 1998 citados en Shirom, 2009). Las revisiones meta analíticas señalan que es la dimensión que más explica la naturaleza e intensidad del *burnout* (Lee & Ashforth, 1996).

Por otro lado, se encontró que la escala de manejabilidad presenta una baja confiabilidad y los ítems que lo componen presentan una baja correlación *ítem-test*. Por consiguiente, resulta importante analizar el contenido de los reactivos problemáticos para una mejor comprensión del patrón de respuestas de las participantes. Para ello, es oportuno mencionar que el ítem 13 “¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?” mostró una tendencia de respuestas de “*rara vez*” (35.1%) o “*nunca*” (40.5%).

Por consiguiente, se hipotetiza que la formulación y el contenido negativo (la falta de control) del ítem pudo haber generado cierta deseabilidad social en las participantes. Además, posiblemente, las características inherentes a la profesión de enfermería, tales como el autocontrol y la responsabilidad hacia el cuidado del otro podría amenazar su competencia profesional (Gandi, Wai, Karick & Dagona, 2011). Es decir, el altruismo que caracteriza a las enfermeras redobla sus esfuerzos para afrontar la situación, dando la impresión de que sus recursos son inagotables (Duxbury, Armstrong, Drew & Henley, 1984; Tello, 2010). Esto podría dificultar que las participantes acepten que en ciertas ocasiones pueden desbordarse emocionalmente y perder el control, por lo cual el contenido del ítem pudo resultar amenazante. Además es importante considerar que en la adaptación peruana esta escala presentó la confiabilidad más baja (Saravia et al., 2014).

Asimismo, es importante recalcar que la prueba no ha sido validada en la misma población de estudio, sino en universitarios, por lo cual es posible que los ítems no se ajusten a las características particulares de las enfermeras. Sin embargo, la comprensibilidad y significatividad alcanzaron similares coeficientes de confiabilidad de lo encontrado en distintas investigaciones (Ding, Bao, Xu, Hu & Hallberg, 2012; Saravia et al., 2014). De esa manera, se podría hipotetizar que la homogeneidad de las respuestas respecto los reactivos de la manejabilidad se debe al rechazo de los aspectos que amenazan la identidad profesional de las participantes.

En esa misma línea, también cabe considerar que el sentido de coherencia es un constructo unidimensionalidad (Antonovsky, 1993). Por lo tanto, la comprensibilidad, manejabilidad y la significatividad del SOC parecen aportar en mayor medida a la escala

cuando se comprende de manera interrelacionada que de forma independiente (Ding et al., 2012). Desde esta mirada, algunos autores han optado por utilizar una estructura unifactorial (Ding et al., 2012; Spadoti, E Silva & Ciol, 2012), como lo propuso el autor original. No obstante, otros sugieren trabajar con un modelo multifactorial (Feldt, Lintula, Suominen, Koskenvuo, Vahtera & Kivimaki, 2007; Hittner, 2007; Mahammadzadeh, Poursharifi & Alipour, 2010; Saravia et al., 2014; Velásquez et al., 2014). En la presente investigación se consideró tanto la estructura tripartita como la unidimensional debido a que se buscó profundizar las relaciones entre esta variable y las dimensiones del *burnout*.

Por todo lo expuesto, se concluye que las enfermeras pediátricas del presente estudio se encuentran vulnerables a desarrollar el síndrome de *burnout*, ya que el 16.2% lo padece; y además, más de la mitad de las participantes se encuentran en riesgo y en tendencia a desarrollar el mismo. De igual forma, cabe resaltar que si bien la literatura señala que las variables laborales y organizacionales se relacionan con el *burnout*, las variables personales, como el SOC, también cumplen un rol importante. En el presente estudio se encontraron las relaciones esperadas entre las dimensiones del *burnout* y los componentes del SOC. Asimismo, es importante señalar que estos resultados son un primer aporte para el estudio de la relación entre estas variables, lo cual a su vez, es un indicador de la relevancia y la urgencia de crear programas de intervención para potenciar los recursos personales de los profesionales a fin de mejorar no solo su productividad laboral, sino también su calidad de vida.

Entre las limitaciones de la presente investigación, se puede considerar el momento de la aplicación de las pruebas, ya que estas se realizaron en las instalaciones del hospital; es decir, dentro del horario de trabajo de las enfermeras, lo cual no permitió garantizar las mismas condiciones ambientales para todas las participantes. Por ello, es importante el control de variables extrañas al momento de la aplicación, debido a la falta de homogeneidad en el entorno hospitalario. Asimismo, por ser este un estudio de investigación tipo transversal no se pudo profundizar en el estudio del desarrollo del *burnout* en el tiempo, ya que este es un proceso multidimensional en el que intervienen distintas condiciones del ambiente laboral y las variables personales (Tonon, 2003; Gil-Monte, 2005). De igual forma, cabe resaltar que la presente investigación al ser de tipo correlacional no puede determinar causa-efecto entre sus variables de estudio.

Además, el MBI al ser un cuestionario de autoreporte y por la naturaleza del constructo que mide pudo haber generado deseabilidad social en las participantes, ya que la aplicación fue en el entorno laboral. A nivel metodológico, es importante revisar el SOC-13, ya que este obtuvo una baja confiabilidad en el componente de manejabilidad, por lo que no se pudo profundizar en los resultados de esa variable. En ese sentido, dicho instrumento de medición probablemente no se ajuste a las características particulares de las enfermeras pediátricas, principalmente por la dificultad para captar actitudes negativas que podrían desplegar frente a los pacientes, las cuales son difíciles de aceptar por la idealización de su competencia profesional.

Por otro lado, a partir del presente estudio surgen nuevas interrogantes que podrían ser materia de investigación a futuro, se podrían realizar investigaciones en esta población para profundizar en las propiedades psicométricas del SOC-13 en enfermeras, debido a que ha sido adaptada a una muestra universitaria. Además, si bien el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas, aún existe controversia en torno a la estructura factorial, por lo cual resulta importante continuar las investigaciones en la población de estudio (Eriksson & Lindstrom 2005; Naaldenberg, Hilde & Leneke, 2011; Virúes -Ortega et al. 2007). De igual manera, es importante afinar el fraseo de algunos reactivos para evitar la deseabilidad social en las participantes con el propósito de no sesgar los resultados del estudio y obtener información más precisa acerca de la percepción del sentido de coherencia en las enfermeras. Por otro lado, se podrían realizar comparaciones entre enfermeras pediátricas de distintas especialidades; así como también, se podría proponer incorporar una muestra de varones para conocer si estas características se relacionan con el sexo.

Los resultados en la presente investigación y de lo reportado en otros estudios sugieren la existencia de una vulnerabilidad en las enfermeras de desarrollar *burnout* (Cáceres, 2013; Colff & Rothmann, 2009; Gil-Monte, 2002, 2003; Hall, 2005; López-Soriano & Bernal, 2002; Patrick & Lavery, 2007; Sánchez-Anguita, 2008; Tello, 2010). Por consiguiente, es importante plantear y desarrollar programas de prevención y promoción de la salud con la finalidad de disminuir los riesgos del síndrome a corto y mediano plazo para mejorar la calidad de vida. Para ello, cabe resaltar la necesidad de proponer actividades que contribuyan a mejorar tanto las condiciones laborales como a potencializar los recursos personales de las enfermeras pediátricas; de modo que se pueda abordar ambos

aspectos de manera integral. Estos programas de intervención podrían abordarse a nivel individual como grupal, con el propósito de mejorar el ambiente laboral y, por ende, favorecer un mayor soporte social entre colegas. A partir de todo ello, se mejoraría el desempeño y compromiso laboral de las profesionales con la institución, lo cual es un aspecto primordial para la calidad de atención al paciente y sus familiares.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, es indispensable continuar fomentando el desarrollo del estudio de los factores individuales como el sentido de coherencia, ya que es una característica individual que se relaciona de manera inversa con el síndrome de *burnout*. Además, es importante identificar a las enfermeras que experimentan *burnout* o se encuentran en tendencia a desarrollarlo para que puedan recibir el apoyo necesario por parte de la institución. En esa misma línea, se podrían complementar el estudio del *burnout* y el sentido de coherencia con un enfoque cualitativo, de modo que se pueda integrar las distintas variables laborales, organizacionales e individuales que permitan una mayor aproximación y comprensión de la interacción entre estas; así como su rol en el desarrollo del síndrome. Para ello, se podrían realizar grupos focales y entrevistas individuales, los cuales además de construirse a partir de una revisión bibliográfica tendrían que estar revisadas por psicólogos clínicos especializados en el tema para conocer la dinámica particular de cada institución y abordar de manera más profunda las problemáticas ligadas al síndrome. Asimismo, se sugiere a nivel de intervención realizar estudios de tipo longitudinal que permitan una mejor comprensión de las variables que intervienen en el desarrollo síndrome a lo largo de un periodo de tiempo.

Referencias

- Achilles, Z. (2008). The relationship among sense of coherence, job burnout and health status of hospital Psychiatric Nurses. (Tesis inédita Doctoral). Walden University, Estados Unidos.
- Alarcón, G., Eschleman, K. & Bowling, N. (2009). Relationship between personality variables and burnout: a meta- analysis. *Work & Stress*, 3, 244- 263. DOI: 10.1080/026783709032822600.
- Alfaro, A. & Atria, R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica* ,6, 36-54.
- Aliaga, D (2012). *Burnout y Bienestar Psicológico en Técnicas de Enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de licenciatura). Lima: PUCP.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A.(1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A & Sourani, T. (1990). Family sense of coherence and family adaptation. En Antonovsky, A, Krausz, E (1990).The sociology of health and health care in Israel. *Studies of Israeli society*, 5.
- Antonovsky, A. (1990). Pathways Leading to Successful coping and health. En Rosenbaum, M. Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptative behaviour. Springer publishing company. NY
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Sot. Sri. Med*, 36, 125- 733.
- Atance, JC. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Ballinas, A., Alarcón, C. & Balseiro, C. (2009). Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17, 23-29.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 237-243.
- Barraza, M. (2014). *Estrés académico y sentido de coherencia en un grupo de estudiantes universitarios*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Basinka, M., Andruszkiewics, A. & Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behavior. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24, 256 – 266. DOI: 10.2478/S13382-011-0031-1.
- Bola Roja. (2016). *Doctores Bola Roja: Clown Hospitalario*. Recuperado de <http://www.bolaroja.pe/proyectos/doctores-bolaroja-clown-hospitalario/>
- Browning, L., Ryan,C., Thomas, S., Greenberg, M. & Rolniak, S. (2007) Nursing Specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 248-254.
- Cáceres, C. (2013). *Burnout y condiciones laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Cañadas, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, R. & De la fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 240- 249. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Colff, J. & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 31, 1-10. DOI: 10.4102/sajip.v35i1.423
- Córdova, E. (2015). *Soporte social y sentido de coherencia en estudiantes*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Coronado, L. (2006). *Factores laborales y niveles de estrés laboral en enfermeros de los servicios de áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Dávalos, H. (2005). *Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias "José Casimiro Ulloa"*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Dávila, M. (2015). *Sentido de coherencia y experiencia espiritual en estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Díaz, N., Mendo, T. & Vásquez, C. (2003). El síndrome de burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo. *Revista de Psicología*, 5, 7-19.
- Ding Y, Bao LP, Xu H, Hu Y & Hallberg IR (2012) Psychometric properties of the Chinese version of Sense of Coherence Scale in women with cervical cancer. *Psycho-Oncology*, 21, 1205–1214.
- Drageset, J Nygaard, H Eide, G Bondevik, M Nortvedt, M & Natvig, G. (2008) Sense of Coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and quality of life outcomes*, 6, 85.
- Dubuxy, ML., Armstrong, GD., Drew, D. & Henley (1984). Burnout Correlates. *Nurs Res*; 33-97.
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1, 71-84.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Systematic Review. *Epidemiol Community Health*, 59, 460- 466.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Epidemiol Community Health*, 60,376–381. DOI: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Epidemiol Community Health*, 61, 938–944. DOI: 10.1136/jech.2006.056028
- Escribas, V., Más, R., Cárdenas, M., Burguete, D. & Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico: Impacto en la enfermería hospitalaria. *Revista de Enfermería*, 23, 506-511.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J. & Kivimaki, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*, 16, 483–493.

- Fernández, MA. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y Sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de León, España.
- Fernández, G. (s.f.). Paciente Pediátrico hospitalizado. Departamento de Psicología médica. Área Materno Infantil. UDELAR. Recuperado de <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
- Gandi, J., Wai, P., Karick, H. & Dagona, Z. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine*, 8, 194- 181.
- Gelsema, T., Van der, M., Maes, S., Akerboom, S. & Verhoeven, C. (2005). Chapter 3: Job Stress in the Nursing Profession: The influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12., 3, 222-240.
- Gilbar, O. (1998). Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Social Work in Health Care*, 26, 39-49.
- Gil-Monte, P. (1994). El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna: España.
- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del Género sobre el proceso del desarrollo del síndrome de Quemarse en el trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3-10.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Interacao Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Goleman, D. (2001). An EI-Based theory of performance. En: Cherniss, C. y Goleman, D. (eds). *The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 27-44.
- Gómez, MC.; Álamo, MC.; Amador, M.; Ceacero, F.; Mayor, A.; Muñoz, A. & Izquierdo, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y seguridad del trabajo*, 215, 52-62.
- Hall, E. (2005). Nurse burnout in a high stress health care environment: Prognosis better than expected?. University of Otago.
- Harry, N. & Coetzee, M. (2011). sense of coherence, affective wellbeing and burnout in a South African call center. *South African Journal of Labour Relation*, 35, 26-46.
- Hittner, J. (2000) Novel methods for analyzing Multifaceted personality Scales: Sense of Coherence and Depression as an example. *The Journal of Psychology*; 134, 2.
- Hittner, J. (2007). Factorial invariance of the 13-item sense of coherence scale across gender. *Journal of Health Psychology*, 12, 273-280
- Jacobs, L., Nawaz, M., Hood, J. & Bae, S. (2012). Burnout Among Workers in a Pediatric Health Care System. *Workplace Health Safety*, 60, 335-344.
- Jofré, V. & Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichán*, 5, 56-63. Llaja, V.; Sarriá, C. & García, P. (2007). *MBI Inventario de Burnout de Maslach & Jackson- Muestra peruana*. Lima: Perú.

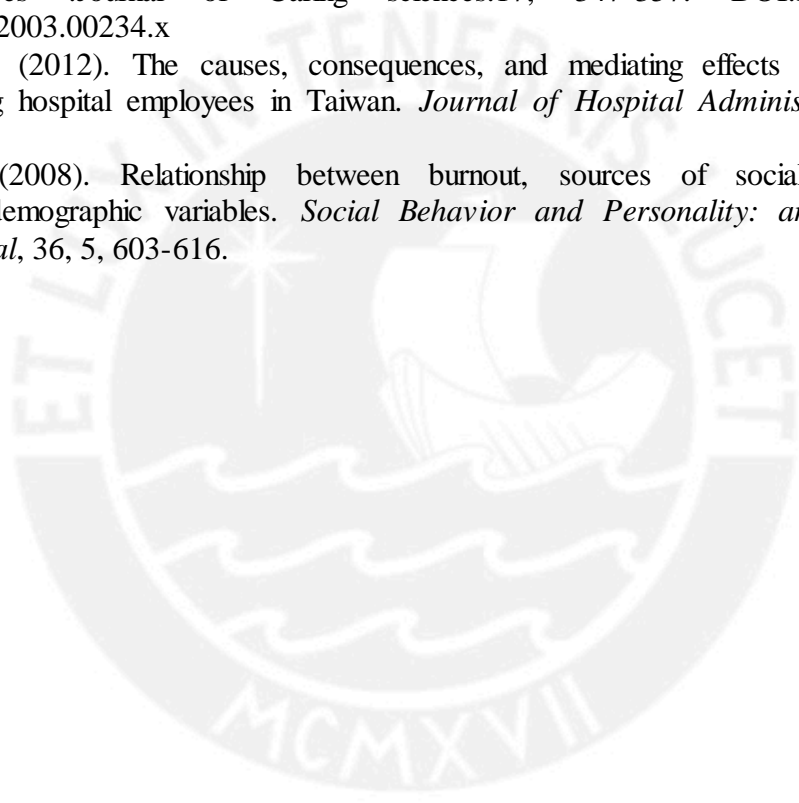
- Korunka, C., Tement, C., Zdrehus, S. & Borza, A. (2012). The BOIT training: An overview of a burnout intervention and initial survey results. *Procedial: Social and behavioral Sciences*, 33, 523-527.
- Llaja, V.; Sarriá, C. & García, P. (2007). *MBI Inventario de Burnout de Maslach & Jackson- Muestra peruana*. Lima: Perú.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1993). A Longitudinal Study of Burnout among Supervisors and Managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) Models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1996). A Meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Levert, T., Lucas, M. & Ortlepp, K. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a Sense of Coherence. *South African Journal of Psychology*, 30, 2-36. DOI: 00812463
- Lima, T. & Alchieri, J. (2014). Socioeconomic and demographic aspect related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. *Salud Mental*, 37, 233-238.
- López-Soriano, F. & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial*, 17, 201-205.
- López, C.; Zegarra, A. & Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de burnout en enfermeras de emergencias del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1, 53-61.
- Love, P., Miang Goh, Y., Hogg, K., Robson, S. & Irani, Z. (2011). Burnout and Sense and coherence among residential real estate brokers. *Safety Science*, 49, 1297-1308. DOI: 10.1016/j.ssci.2011.04.009
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*. 15, 33-38.
- Mahammadzadeh, A., Poursharifi, H. & Alipour, A. (2010) Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 5, 1451–1455.
- Malagón, MC., Fuentes, C., Suñer, R., Bonmatí, A., Fernández, R. & Bosch, C. (2012). *Enfermería Clínica*, 22, 214-218.
- Marreno, M. (2004). ¿Está presente el síndrome de burnout en los servicios de Neonatología? *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 5, 60-62.
- Maslach, C. & Leiter, MP. (1997). Book Reviews: The Truth about Burnout, How Organizations Cause Personal Stress and What To Do About It. San Francisco, CA: Jossey -Bass Publishers.
- Maslach, C & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99- 113.
- Maslach, C. (1982): MBI. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397- 422. doi: 0066-4308/01/0201-0397\$14.00
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 32, 37- 43.

- Mercado, G. (2006). *Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Dos de Mayo*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2010). Boletín sistema normativo de informativo. Perú: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- Mohammad, S. (2009). *Work Stress in the Nursing Profession An Evaluation of Organizational Causal Attribution*. Department of Social Psychology: University of Helsinki.
- Morales, M. (2007). *Nivel de estrés laboral de las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Morales, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Universidad Rafael Landívar.
- Moreno-Jiménez, B., Gónzales, J.L. & Garrosa, E. (1999). Burnout Docente, Sentido de Coherencia y Salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 163-180.
- Moreno- Jiménez, B., González, J & Garrosa, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. En Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide, 59-83.
- Moreno- Jiménez, B. & Peñacoba C. (1999) El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA, editor. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid : Biblioteca Nueva; 1999. p. 739-50.
- Moya, M. (2014). *Sentido de Coherencia y Adhesión Terapéutica Antirretroviral en personas con VIH SIDA*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Naaldenberg, J., Hilde, F. & Leneke, V. (2011). Psychometric properties of the OLQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community-dwelling older population, *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-9.
- Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Luddman, B. & Norberg, A. (2001). Well-being , sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Nordic College of Caring Sciences*, 15, 203-214.
- Núñez, J., Castro, S., Lema, M., Alvarado, S., Valcárcel, L., Álvarez, L., et al., 2010. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Rev. SESLAP*, 10, 23–27.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A. & Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15, 219-229.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2013). *El Sistema de Salud de Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Perú: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *La organización del Trabajo y el Estrés*. Francia: Instituto del Trabajo, Salud y Organizaciones de la Universidad de Nottingham.
- Parada, ME., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F. & Cerrada, J. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario los Andes (IAHULA). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 33-45.

- Patrick, K. & Lavery, J.F. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 43-48.
- Peggy, T. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 145-161.
- Piaget, J. (Ed.).(1980, 2015). *Psicología del Niño*. Madrid: Morata, DL.
- Pines, A & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 25, 1, 5- 27.
- Reig, A. & Caruana, A. (1989). Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y estado de salud en personal de enfermería de hospital. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 14, 147-162.
- Reza, M., Seyed, N. & Gholipour, A. (2001). How does personality affect on job burnout? *International Journal of Trade, Economics and Finance*, 2, 115-119.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M. & García-Moya, I. (2010). Análisis del modelo Salutogénico y del Sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En Hernán, M., Morgan, A. y Mena, A. (2010). *Formación en Salutogénesis y activos para la salud* (pp. 27-45). España: Escuela Andaluza de salud pública.
- Roca, M. & Torres, S. (2001). Un estudio del Síndrome de Burnout y su relación con el Sentido de Coherencia. *Revista Cubana d Psicología*, 18, 120- 126.
- Rodríguez, C. & Virués, J. (2009). Factores Conductuales y Estado de Salud: posibilidades en prevención del constructo Sentido de Coherencia. *Arch Prev Riesgos Labor*, 12, 88- 90.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. & Pinzón, J. (2011). Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre del 2010. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rothmann, S. & Malan, H. (2003). Koherensiesin, selfdoeltreffendheid, lokus van beheer en uitbranding by maatskaplike werkers. *South African Journal of Industrial Psychology*, 29, 43-51.
- Rothmann, S., Steyn, L.J. & Mostert, K. (2005). Job estress, sense of coherence and work wellness in an electricity supply organisation. *S.Afr.J.Bus.Manage*, 36, 55-63.
- Sánchez-Anguita, A. (2008). *Psicopatologías Laborales*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Salas, J. (2010). *Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N° 7*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/salas_dj/pdf/salas_dj.pdf.
- Saravia, JC., Ibérico, C. & Yearwood, K. (2014). Validación de la Escala Sentido de Coherencia (SOC) ítem 13 en una muestra peruana. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6, 36-44.
- Saravia, JC. (2013). *Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad católica del Perú, Lima, Perú.
- Schaufeli, S., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout*. Washington DC: Taylor & Francis

- Seisdedos, N. (1997). *Inventario "Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shirom, A. (2009). Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y consecuencias del Burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 32, 44- 54.
- Skodova, Z. & Lajciakova, P. (2013). The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Education Today*, 33; 1311-1315.
- Smith, P., Breslin, F. & Beaton, D. (2003). Questioning the stability of sense of coherence: The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 475-484
- Spadoti, R., E Silva, F. & Ciol, M. (2012). Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 156-165.
- Suñer, R., Grau, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font, F. & Gras, Ma. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1, 82, 89.
- Suraj, S & Singh, A. (2010). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian Journal of Medical Research*. 134(5). 645-652. doi: 10.4103/0971- 5916.90989
- Tello, J. (2010). *Nivel de Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los servicios críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Torres, B. (2014). *Sentido de coherencia y ansiedad rasgo-estado en una muestra de pacientes que padecen cáncer de mama*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Van, J. (2004). The relationship between burnout, coping and sense of coherence amongst engineers and scientists. (Tesis inédita de Licenciatura). University of South Africa, Pretoria, Sudáfrica.
Recuperado de <http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1909/dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Van der, J. & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of industrial Psychology*, 35, 1-10.
- Vasconcelos, M. & Zariñana, R. (2013). Desgaste ocupacional en Personal de dos Instituciones de Salud Pública. *Aportes Interdisciplinarios en el Ejercicio Profesional de la Salud Mental*, 2, 190- 203.
- Vastamäki J., Moser K. & Igmarr, P. (2009). How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scand J Psychology*, 50, doi: 161-171. 10.1111/j.1467-9450.2008.00695.x.
- Vega, MC. (2013). *Sentido de Coherencia y Síndrome de Burnout en el Personal Sanitario de Urgencias*. (Tesis inédita de Maestría) Centro Internacional de Posgrado Máster Universitario en Enfermería de Urgencias Y Cuidados Críticos, Oviedo, España.

- Velásquez, H., Cárdenas, V., Chávez, A., Oliva, V., Hernández, P. y Pulido, MA. (2014). Comparación de dos formas de una escala de Sentido de Coherencia. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16, 51-70.
- Vilela, P. (2013). *Burnout y Personalidad en Enfermeras de un Hospital Militar*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Virués, J., Martínez, P., Barrio, JL., Lozano, LM. & Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. (2007). Validación Transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin*, 128, 486-492.
- Volanen, S.M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M. & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 433-441.
- Von Bothmer, M & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Nordic College of Caring Sciences Journal of Caring sciences*.17, 347-357. DOI:10.1046/j.0283-9318.2003.00234.x
- Wen Lin, Y. (2012). The causes, consequences, and mediating effects of job burnout among hospital employees in Taiwan. *Journal of Hospital Administration*, 2, 15-27.
- Yildirim, I. (2008). Relationship between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36, 5, 603-616.



ANEXO A

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por Andrea Montenegro, alumna de 6to año de la Especialidad de Psicología de Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo del presente estudio es conocer aspectos relacionados con el estrés laboral y variables asociadas con el mismo en el personal de Enfermería.

Si usted accede a participar, se le pedirá completar un protocolo que le tomará **20 minutos aproximadamente** de su tiempo. Asimismo, la participación en este estudio es estrictamente voluntaria; por lo tanto, puede retirarse del mismo si así lo deseara.

Toda su información será totalmente anónima y confidencial, y no serán revelados sus datos personales. Los datos serán analizados de manera grupal, por lo que no será posible obtener resultados específicos sobre usted. Cabe resaltar que por tratarse de un proceso de aprendizaje, usted no recibirá ninguna devolución de resultados.

Para cualquier información adicional y/o duda, puede contactarse con la alumna Andrea Montenegro Alarcón al siguiente correo: andrea.montenegro@pucp.pe

De antemano agradezco su participación.

Firma del participante:

ANEXO B

Ficha de datos sociodemográficos y laborales

1. Edad: _____ años
2. Lugar de nacimiento: Lima Provincia: _____
3. Estado Civil:
 Soltera Casada Conviviente Divorciada Separada Viuda
3. ¿Tienes hijos? Sí No ¿Cuántos? _____
4. ¿Hace cuánto tiempo ejerce la profesión de enfermería? _____ años _____ meses
6. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el Hospital del Niño? _____ años _____ meses
7. ¿Hace cuánto tiempo labora en la unidad de hospitalización? _____ años _____ meses
8. ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____ horas
9. Usualmente, ¿cuál es su turno de trabajo? Indique el número de guardias en cada caso.
 Guardia diurna _____ Guardia nocturna _____
10. Número de guardias a la semana: _____
11. Número de días de descanso a la semana: _____ días
12. ¿De cuántos pacientes se hace cargo al día aproximadamente? _____
13. Si tiene otro trabajo remunerado, ¿cuántas horas a la semana le dedican? _____ horas
14. Responda cuán estresantes son las siguientes actividades, siendo **1 “nada estresante”** y **6 “muy estresante”**.
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso del paciente y apertura de historia clínica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Administrar medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Recibir el reporte de enfermería | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Realizar devolución a los padres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Interconsultas con otras especialidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Control de funciones vitales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Canalización de vías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Gestionar la alta del pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
15. ¿Sufre de alguna enfermedad? Sí No Especifique: _____
16. Indique cuán satisfecho se encuentra con la relación con siguientes personas, siendo **1 “nada satisfecho”** y **6 “completamente satisfecho”**.
- | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| Familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Colegas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Jefe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO C

Confiabilidad por consistencia interna del MBI ^a

	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento		Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento		Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento
	Agotamiento Emocional $\alpha = .78$			Despersonalización $\alpha = .66$			Realización personal $\alpha = .68$	
MBI_1	.46	.76	MBI_5	.40	.61	MBI_4	.54	.61
MBI_2	.53	.75	MBI_10	.52	.55	MBI_7	.54	.61
MBI_3	.49	.75	MBI_11	.44	.59	MBI_9	.38	.65
MBI_6	.39	.77	MBI_15	.44	.59	MBI_12	.26	.67
MBI_8	.47	.76	MBI_22	.26	.67	MBI_17	.28	.67
MBI_13	.41	.76				MBI_18	.39	.65
MBI_14	.49	.75				MBI_19	.35	.65
MBI_16	.64	.73				MBI_21	.26	.68
MBI_20	.30	.78						

^a N = 74^b Estos ítems presentan una pobre capacidad discriminativa: $r < .02$

ANEXO D

Confiabilidad por consistencia interna del SOC ^a

	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento		Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento		Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento
	Comprensibilidad $\alpha = .65$			Manejabilidad $\alpha = .39$			Significatividad $\alpha = .57$	
SOC_2	.01 ^b	.75	SOC_3	.19	.34	SOC_1	.22	.68
SOC_6	.55	.53	SOC_5	.30	.21	SOC_4	.35	.51
SOC_8	.55	.52	SOC_10	.27	.25	SOC_7	.54	.36
SOC_9	.52	.53	SOC_13	.08	.44	SOC_12	.42	.45
SOC_11	.44	.57						

^a N = 74^b Estos ítems presentan una pobre capacidad discriminativa: $r < .02$

ANEXO E

Niveles y puntos de corte de las dimensiones de burnout

Puntos de corte de los componentes del burnout

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal*
Bajo	≤ 11	≤ 2	≤ 39
Medio	12 – 20	3 – 6	40 – 43
Alto	≥ 21	≥ 7	≥ 44

*Los puntajes hacen referencia a la baja realización personal

Niveles de las dimensiones del burnout según Llaja (2007)

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Riesgo	Alto Medio o Bajo Medio o Bajo	Alto Medio o Bajo Medio o Bajo	Alto o Medio Alto o Medio Bajo
Tendencia	Alto Medio o Bajo	Medio o Bajo Alto	Bajo Bajo
Burnout	Alto Alto	Alto Alto	Alto o Medio Bajo