



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud
percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico
Naval 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. Yesica Pamela Chucos Urcuhuaranga

ASESOR:

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones.

SECCIÓN:

Gestión de los servicios de salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales.

PERÚ - 2017

Dr. Juan Méndez Vergaray
Presidente

Mg.Teresa Campana Añasco
Secretario

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones
Vocal

Dedicatoria

Para mis amados padres quienes me brindan su amor y apoyo incondicional en todo momento sobre todo en los momentos más difíciles que me ha tocado vivir, estoy en deuda eterna con ustedes, sin su mano al costado jamás hubiera podido culminar mis proyectos personales gracias infinita por su paciencia.

A mis hermanos que siempre están al lado para brindarme su apoyo sincero y las palabras de aliento necesario para continuar el recorrido de la vida. Gracias hermana Chío.

A mi esposo e hijas que son el motivo principal de mi vida; perdón hijas por no estar el tiempo suficiente con ustedes entre el trabajo y el estudio han habido momentos importantes que no he podido compartir con ustedes.

La autora

Agradecimiento

A mi profesor por su paciencia y dedicación en el desarrollo del trabajo de investigación.

A todas las personas que con gran corazón apoyaron para seguir adelante en este camino y una gratitud infinita en el proceso de recolección de datos a Edith y Yohana.

Mi profundo agradecimiento a todo el personal de enfermería del Centro Médico Naval que colaboró con la mejor disposición en la recolección de datos. Gracias y disculpen las molestias.

La autora

Declaración Jurada

Yo Yésica Pamela Chucos Urcuhuaranga, estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 40219480, con la Tesis titulada “Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016.

Declaro bajo juramento que:

- 1- La tesis es de mi autoría.
- 2- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3- La tesis no ha sido autoplagiada, es decir la tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados ni duplicados ni copiados por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
- 5-

De identificarse la falta de fraude (datos falsos) plagios (información sin citar autores) autoplagio, (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Los Olivos, diciembre 2016.

.....
Yesica Pamela Chucos Urcuhuaranga.

DNI N° 40219480

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

Esta investigación es de enfoque cuantitativo de alcance correlacional; no experimental, de corte transversal de tipo correlacional; cuyas variables de estudio son agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida, tiene como objetivo general analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional con la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval 2016.

El presente trabajo consta de ocho capítulos estos son: la Introducción, Marco Metodológico, Resultados (en este capítulo se analizará la relación que existe entre las variables, lo cual nos permitirá emitir un diagnóstico y luego aportar sugerencias a fin de que el personal de enfermería tome medidas preventivas y correctivas respecto al agotamiento profesional, mejore su inteligencia emocional con el fin de evitar repercusiones negativas en su estado de salud) ; Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y finalmente Anexos.

Esperando señores del Jurado que la investigación cumpla con los requisitos de establecidas por la Universidad César Vallejo y merezca su aprobación.

Yesica Pamela Chucos Urcuhuaranga.

Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	18
1.2 Fundamentación Científica, técnica o humanista	26
1.3 Justificación	51
1.4. Problema	52
1.5 Hipótesis	55
1.6 Objetivos	56
II. Marco metodológico	
2.1 Variables	59
2.2. Operacionalización de las variables	62
2.3. Metodología	63
2.4. Tipo de estudio	63
2.5. Diseño	64
2.6. Población	64
2.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos	67
2.8. Método de análisis de datos	73
2.9. Aspectos éticos	74
III. Resultados	
3.1 Análisis descriptivo de las variables	77
3.2. Contrastación de hipótesis	86
IV. Discusión	94
V. Conclusiones	99

VI. Recomendaciones	102
VII. Referencias	105
VIII. Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado.	126
Anexo 2. Matriz de consistencia.	127
Anexo 3. Instrumento.	131
Anexo 4. Autorización de la institución.	136
Anexo 5. Estadística de fiabilidad del instrumento MBI según piloto.	137
Anexo 6. Estadística de fiabilidad de la dimensión agotamiento emocional.	138
Anexo 7. Estadística de fiabilidad de la dimensión despersonalización	139
Anexo 8. Estadística de fiabilidad de la dimensión realización personal.	140
Anexo 9. Estadístico de Fiabilidad del instrumento TMMS-24 según piloto.	141
Anexo 10. Estadístico de fiabilidad del instrumento GHQ-28 según piloto.	142
Anexo 11. Matriz de datos.	143
Anexo 12. Artículo Científico	146

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable agotamiento profesional	62
Tabla 2	Operacionalización de la variable Inteligencia emocional	62
Tabla 3	Operacionalización de la variable Salud percibida	63
Tabla 4	Evaluación de las dimensiones del agotamiento profesional según el puntaje obtenido	68
Tabla 5	Evaluación de la Dimensión atención emocional según el sexo y puntaje obtenido	70
Tabla 6	Evaluación de la Dimensión claridad de los sentimientos según el sexo y puntaje	71
Tabla 7	Evaluación de la Reparación emocional según el sexo y puntaje obtenido.	71
Tabla 8	Frecuencia de enfermeras del Centro Médico Naval según estado civil	77
Tabla 9	Estadística descriptiva sobre las características personales e institucionales del personal de enfermería del Centro Médico Naval	78
Tabla 10	Frecuencia de enfermeras según el nivel de claridad de los sentimientos	83
Tabla 11	Frecuencia de enfermeras según el nivel de reparación emocional	83
Tabla 12	Estadística descriptiva y Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una Muestra	86
Tabla13	Coeficiente de correlación de Spearman entre agotamiento emocional y salud percibida.	87
Tabla 14	coeficiente de correlación de Spearman entre despersonalización y salud percibida.	88
Tabla 15	Coeficiente de correlación de Spearman entre realización personal y salud percibida.	89
Tabla 16	Coeficiente de correlación de Spearman entre atención emocional y salud percibida.	90

Tabla 17	Coeficiente de correlación de Spearman entre claridad de los sentimientos y salud percibida.	91
Tabla 18	Coeficiente de correlación de Spearman entre reparación emocional y salud percibida.	92

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1 Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el servicio donde labora	77
Figura 2 Gráfica de sector circular de la frecuencia de enfermeras según el trabajo en otra institución	78
Figura 3 Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el nivel de agotamiento emocional	79
Figura 4 Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el nivel de despersonalización.	80
Figura 5 Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el nivel de realización personal.	81
Figura 6 Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el nivel de atención emocional	82
Figura 7 Gráfica de sector circular de la frecuencia de enfermeras según la presencia de síntomas somáticos.	84
Figura 8 Sector circular de la frecuencia de enfermeras según la presencia de ansiedad e insomnio	85
Figura 9 Gráfica de dispersión entre agotamiento emocional y salud percibida	87
Figura 10 Gráfica de dispersión entre despersonalización y salud percibida	89
Figura 11 Gráfica de dispersión entre realización personal y salud percibida	90
Figura 12 Gráfica de dispersión entre atención emocional y salud percibida	91
Figura 13 Gráfica de dispersión entre claridad de los sentimientos y salud percibida	92
Figura 14 Gráfica de dispersión entre reparación emocional y salud percibida	93

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” 2016.

La metodología es cuantitativa de alcance correlacional, responde al método deductivo el diseño es no experimental, corte transversal; la población está conformada por 205 enfermeras; y se calculó el tamaño de la muestra según la fórmula que establece la significancia del coeficiente de correlación lineal entre dos variables obteniendo como resultado 92 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; el cual contiene la escala del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), que mide el agotamiento profesional, la escala TMMS-24 para medir la inteligencia emocional y la escala de Goldberg (GHQ-28) para medir la salud percibida.

Mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($r = 0.216$, $p \leq 0.05$) se pudo establecer que existe correlación positiva normal y directa entre la dimensión agotamiento emocional y la salud percibida en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016. Por lo que se concluyó que a mayor puntaje en el agotamiento emocional menor es la salud percibida por parte de las encuestadas.

Palabras Claves: *Agotamiento* profesional, inteligencia emocional, salud percibida.

Abstract

The present research aimed to analyze the relationship between professional exhaustion, emotional intelligence and health perceived by the Nursing professional of the Naval Medical Center "Cirujano Mayor Santiago Távora" 2016.

The methodology is quantitative of correlative scope, it responds to the deductive method the design is non-experimental of causal correlational type, transversal section; The population is made up of 205 nurses; And the sample size was calculated according to the formula that establishes the significance of the linear correlation coefficient between two variables, resulting in 92 nurses. The technique was the survey and the instrument a questionnaire; Which contains the MBI (Maslach Burnout Inventory), which measures occupational burnout, the TMMS-24 scale for measuring emotional intelligence, and the Goldberg scale (GHQ-28) for measuring perceived health.

Spearman's Rho correlation coefficient ($r = 0.216$, $p \leq 0.05$) could establish that there is a normal and direct positive correlation between the emotional depletion dimension and perceived health in the nursing professionals of the 2016 Naval Medical Center. It was concluded that the higher the score in the lower emotional exhaustion is the health perceived by the respondents.

Key words: Professional exhaustion, emotional intelligence, perceived health.

I. Introducción

En nuestra sociedad actual el nivel de competencia profesional se ha incrementado ya sea debido a la apertura de nuevas formas de adquirir el conocimiento o a las exigencias del usuario, es así que en este momento competitivo y de globalización, el personal de Salud tiene mayor exigencia laboral; por el cual el personal de salud preferentemente asistencial se enfrenta diariamente a estresores crónicos emocionales e interpersonales. Cartwright (como se citó en Bennett, Miller & Ross, 1995, p.1); tales como “atender el dolor, enfermos de gran dependencia, presenciar la muerte, la enfermedad terminal., además de situaciones de urgencia vital, presiones laborales, conflictos de rol y el contacto con familiares problemáticos” (De pablo Hernandez, 2007, p. 62), (Gil - Monte & Moreno, 2007, p.342).

Debido a estas circunstancias se pone en manifiesto el agotamiento profesional como respuesta al estrés crónico en el trabajo; conllevando a consecuencias negativas a nivel individual y organizacional. Este agotamiento lleva a una pérdida de motivación que progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso; dicho agotamiento profesional se manifiesta a través del agotamiento emocional, o sentimiento de que ya nada se puede ofrecer a otra persona; del mismo modo se observa la despersonalización evidenciado a través de actitudes negativas e insensibles; luego en el aspecto de realización personal; que implica una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo. (Maslach & Jackson, 1981, p. 99), así mismo se observara “una moral baja, falta de contacto interpersonal, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima” Maslach y Jackson (como se citó en Lemus, 2014, p. 4).

Según Golembiewski y Munzenrider (como se citó en Álvarez & Fernández, 1991) el agotamiento profesional tiene consecuencias en el ámbito laboral debido a que la ineficacia del personal en el desarrollo de sus funciones, disminuye su productividad y rendimiento este hecho tendrá una repercusión en los costos económicos, ya que una persona agotada incrementa la accidentalidad y el ausentismo laboral consecuentemente se deteriorará la calidad de servicio de una institución. (p. 259).

Es por ello que “el personal asistencial de enfermería, como agente proveedor de los cuidados directos del pacientes son los más vulnerables a los efectos del estrés” (Harrison , Loiselle, Duquette, & Semenic, 2002, pp. 584-591); en el mismo sentido Mayer (como se citó en Extremera & Rey, 2007) refiere que “el personal de enfermería se enfrenta diariamente a situaciones estresantes por lo que debe recurrir a su inteligencia emocional que le permita comprender, procesar y regular sus emociones, lo cual le permitirá adaptarse a las circunstancias que le corresponda experimentar”(p.242), igualmente Bar-On (2006) expresa que “la Inteligencia Emocional ayuda a los trabajadores a manejar el estrés laboral promoviendo la capacidad de adaptación a entornos que suponen un reto”(p.14).Es decir una persona con escasa inteligencia emocional no será capaz de comprender y manejar sus emociones para dirigirlas de manera positiva por lo cual su nivel de empatía para alcanzar el éxito en su vida profesional se verá limitado.

En este contexto se puede observar según Goleman (como se citó en Dueñas, 2002), que la inteligencia emocional es una habilidad que determina el grado de destreza que la persona puede conseguir en el dominio de sus otras facultades, por ello es considerada como la más importante de los factores que intervienen en el ajuste personal, en el éxito en las relaciones personales y en el rendimiento en el trabajo. (p.83).

Es por ello que si el personal asistencial de salud no logra engranar la inteligencia emocional frente las situaciones estresantes tendrá consecuencias negativas en su salud física; lo cual será evidenciado a través de: alteraciones cardiovasculares como hipertensión, fatiga crónica, cefaleas y migrañas; alteraciones gastrointestinales como el dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal; alteraciones respiratorias de tipo asma, alteraciones del sueño, alteraciones menstruales, dolores musculares o articulares. (Ortega & López, 2004, p. 145).Así mismo presentará “consecuencias en la salud psicológica; manifestado a través de ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, distanciamiento emocional, sentimientos

de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo” (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001, p. 406).

Estos hechos según Taylor (como se citó en Shabani, Aishah, Ahmad, & Baba, 2010) repercuten en la salud percibida por el profesional ya que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por consiguiente evita en lo posible las relaciones que lo ponen en evidencia; agregada la falta la inteligencia emocional que ayuda a los personas a afrontar mejor los retos de la vida.(p.210) ,originaran que “las tensiones del trabajo conlleven al individuo a un ciclo vicioso del cansancio emocional en el cual cuanto más se intenta mejorar la situación esta empeora” Golembiewsky, Munzenrider y Stevenson (como se citó en Delgado,2003, p.28).

Por ello debido a lo expuesto anteriormente; a la prevalencia del agotamiento profesional “entre valores intermedios y altos en las dimensiones de dicho agotamiento con sus importantes consecuencias en la salud de las personas” (Albedín et al., 2016, p. 140).Y a la “relación de la inteligencia emocional con el equilibrio emocional y la buena salud de las personas” (Bajo & Gonzáles, 2014, p.12); surge el presente trabajo de investigación ¿Cuál es la relación entre agotamiento profesional, la inteligencia emocional y la Salud percibida por los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016?.

El presente estudio de investigación ha seguido las pautas que pone en consideración la escuela de post grado quien divide la investigación en 8 capítulos que fueron desarrollados con sus respectivas características.

Dentro del primer capítulo se tienen la introducción, los antecedentes internacionales y nacionales, marco teórico, justificación, descripción del problema de investigación, hipótesis, los objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco metodológico, dentro de ella se define conceptual y operacionalmente las variables de estudio, se explica el tipo y diseño de investigación, se define la población y muestra, se describe el

diseño muestral, se describe la técnica e instrumento de recolección de datos, luego se redacta el método de análisis de datos y finalmente los aspectos éticos a considerar.

En el tercer capítulo se presenta los resultados, realizando el análisis descriptivo, presentando tablas y gráficos con su respectiva interpretación, el análisis inferencial con la respectiva prueba de hipótesis estadística a un nivel de significancia de 5%.

En el cuarto capítulo, se discute los resultados encontrados con los resultados obtenidos por otros investigadores plasmado en los antecedentes.

En el quinto y sexto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones; los capítulos séptimo y octavo son relacionados a la referencia bibliográfica y anexos.

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Grisales, Muñoz, Osorio y Robles (2016) en su estudio Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia; con el objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con variables demográficas. Dicho estudio de corte transversal tuvo una muestra aleatoria y representativa de 174 enfermeras(os); estratificada según la clase; profesional o auxiliar, para ello utilizó la escala validada en Colombia del MBI (Maslach Burnout Inventory), realizando pruebas de independencia, t para diferencia de promedios y análisis de la varianza de una vía; el análisis multivariado, con un modelo de regresión logística binaria explicativo, con medida de la asociación el OR con el intervalo de confianza del 95%; encontró que la prevalencia de Burnout fue del 20,1% y el 52,3% están a riesgo de padecerlo. Así mismo; el personal con contrato temporal, los que tienen más de un contrato, fueron quienes presentaron indicadores de la proporción de Burnout mayores del 20,1%. , por otro lado según el análisis multivariado, los

factores conjuntos que probablemente tienen mayor incidencia en la presencia del Burnout son el número de hijos y ser hombre. Con ello llegaron a la conclusión que en ese hospital de referencia la prevalencia del síndrome de Burnout es mayor en relación a otros estudios realizados. (Grisales, Muñoz, Osorio & Robles, 2016).

Acurio y Córdoba (2014) en su estudio “Valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo 2014”, tuvo como objetivo: Identificar la presencia del Síndrome de Burnout y sus efectos en la salud de las Enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Eugenio Espejo para proponer estrategias de solución. Este estudio descriptivo, analítico, transversal, entrevistó a 43 enfermeras a quienes aplicaron el cuestionario de Maslach Burnout Inventory con 22 ítems y la escala de Goldberg con 18 ítems. Obteniendo como resultado que un (9.3%) obtuvieron los tres criterios que confirman la presencia de síndrome de "Burnout", así mismo con la escala de Goldberg encontró que más de la mitad de las encuestadas tuvieron scores positivos para ansiedad (51.2%) o depresión (53.5%) con esto llegó a la conclusión que las enfermeras que laboran en una área crítica están en riesgo de presentar el Síndrome de Burnout y este se asocia con ansiedad y depresión tanto en enfermeras con una experiencia laboral amplia, especialistas y no especialistas son vulnerables para desarrollar la sintomatología de este síndrome, a pesar de tener conocimiento acerca del manejo del paciente crítico. (Acurio & Cordoba, 2014).

Sánchez y Sierra (2014) en su estudio titulado “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI” su objetivo principal fue determinar el grado de Burnout en el equipo de enfermería de la UVI médica del hospital Ramón y Cajal. Material y métodos: El estudio observacional descriptivo, transversal, con muestreo aleatorio simple tuvo como muestra de estudio a 68 enfermeros y auxiliares que trabajan en la UVI médica del Hospital Ramón y Cajal; utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión en español. Resultados: El 19,1% presenta un nivel alto de Cansancio emocional, el mayor cansancio emocional se experimenta entre las edades comprendidas entre 35-54 años

reflejando un 14.6% y conforme avanza la experiencia laboral, así los trabajadores con más de 21 años de experiencia representaron el 7,3%. En relación a la despersonalización el 16.1% de enfermeros y 7.4% de auxiliares de enfermería reflejaron puntuaciones altas al igual que las mujeres en un 47%. Con respecto a la realización personal; el 39,9% presentó puntuaciones bajas y La tendencia a padecer el síndrome de Burnout representa el 45,6% de la muestra. Llegando a la conclusión que el perfil del trabajador que padece síndrome de Burnout sería: enfermera, de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo.(Sánchez & Sierra,2014).

Cañadas, San Luis, Lozano y Vargas (2014) en el estudio titulado “Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de Burnout en profesionales sanitarios”, tuvo como objetivo: obtener la evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory, la estimación de la prevalencia y la identificación de factores de riesgo de Burnout en un grupo de profesionales sanitarios. Este estudio transversal, cuantitativo exploratorio; tuvo una muestra de 435 profesionales que incluyó médicos, enfermeros y auxiliares. Los resultados obtenidos indican un adecuado ajuste en la estructura trifactorial del Maslach Burnout Inventory; así mismo, la prevalencia estimada de Burnout alto para la población de profesionales sanitarios fue del 25,8%; en los profesionales de enfermería un 32,2% y en auxiliares de enfermería un 22,66% asimismo encontraron diferencias significativas en la categoría profesional, edad y tipo de dedicación como factores de riesgo de padecimiento de Burnout. (Cañadas, San Luis, Lozano & Vargas, 2014).

Sancllemente, Elboj e Iñiguez (2014) en su estudio “Burnout en los profesionales de Enfermería en España: Estado de la cuestión”, tuvo como objetivo: conocer el estado actual de la cuestión del Burnout en los profesionales de Enfermería en España e identificar las variables asociadas al mismo; para ello realizaron una revisión de la literatura científica mediante una búsqueda bibliográfica en Medline y web de artículos originales publicados en los últimos cinco años que se relacionaran a Burnout en Enfermería en, obtuvieron como

resultado 30 artículos originales en las cuales las cifras de Burnout en profesionales de enfermería se sitúan entre un 18-33%, además entre el 26,74% y el 55% de los enfermeros presentan cansancio emocional; este síndrome se asocia con los elevados ratios enfermera-paciente, la construcción de hospitales cada vez más grandes y el hecho de trabajar en unidades de hospitalización; en cuanto a las variables sociodemográficas se relaciona con estar soltero, ser mujer, trabajar a turnos y de las características personales están relacionadas la poca sociabilidad, la escasa competencia emocional y la comparación con los demás de forma negativa. Es así que llegaron a la conclusión que tanto el estado civil, la edad, el tipo de contrato, el ratio de pacientes, el tamaño del centro sanitario y el tipo de trabajo realizado en las diferentes unidades son factores moduladores de este síndrome, en la mismo sentido las características personales se manifiestan como determinantes para la aparición del síndrome de Burnout. (Sanclemente, Elboj & Iñiguez, 2014).

Celestino (2013) en su estudio “Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General “con el objetivo de encontrar modelos multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General, en el profesorado de la Universidad de Colima y estudiar si la Inteligencia Emocional ayuda a prevenir el Síndrome de Burnout; Analiza la validez factorial y la consistencia interna de los instrumentos MBI-22, GHQ-28 y TMMS-24, mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio utilizando los métodos Biplot como herramientas de inspección de las relaciones entre los tres constructos y el análisis canónico de correspondencias para describir la influencia de la inteligencia emocional en el desgaste profesional y la influencia del desgaste en la Salud del profesor. Dicho estudio tuvo una muestra de 317 profesores; y llego a las siguientes conclusiones: Primero que los profesores muy agotados y los muy despersonalizados, presentan bajos valores en la escala de reparación y en la escala de claridad; los que tienen autoestima alta son los que tienen mayores niveles de reparación y claridad, pero muy bajos valores de atención. Segundo en cuanto a la disfunción social no parece estar asociada a ninguna dimensión de Burnout, pero las demás dimensiones de Salud si lo están así

mismo la disfunción social está asociada a altos valores de claridad y reparación, y a bajos valores de atención y tercero que según el análisis realizado con el HJ-Biplot la inteligencia emocional juega un papel clave en el desgaste profesional y en el estado de salud de los sujetos afectados por el síndrome. (Celestino, 2013)

Abreu (2011) en su estudio “Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos”, tuvo como objetivo: analizar la incidencia de SAE y factores psicosociales asociado. El estudio fue descriptivo, epidemiológico, aplicó el Inventario de Burnout de Maslach en 5 profesionales de la medicina y 20 de enfermería de la UCI del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”. Encontró la incidencia de 0.92 casos; prevalencia: 40.37%; riesgo: 40%. El Síndrome de Agotamiento Emocional (SAE) es más frecuente en enfermeras en un 68%. No hubo diferencias significativas de SAE en relación a profesión, edad y estado civil. El perfil de riesgo epidemiológico se evidenció en mujer de 38 años de edad, con pareja e hijos, 19 años de antigüedad laboral. (Abreu, 2011).

Meléndez, Santes y Del Ángel (2013) en su estudio “Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros” tuvo como objetivo: conocer la inteligencia emocional de las enfermeras de dos hospitales de segundo nivel de atención de la región norte de Veracruz, México, este estudio descriptivo transversal tuvo como población a 106 enfermeras, encontrando que en la misma magnitud las enfermeras del hospital A como las del B prestan poca atención a sus emociones, con el 62% y 69% respectivamente. En ambos hospitales el personal de Enfermería presentó inadecuada reparación emocional, con el 52% para el hospital A y 42% para el hospital B. (Meléndez ,Santes & Del Angel, 2013).

Ortiz y Beltrán (2011) en el estudio Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado; Tuvieron como objetivo: Analizar la relación entre los niveles de inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado de los servicios de salud de Sonora México. Metodología: Utilizaron el Trait Meta-Mood Scale, que evalúa la inteligencia emocional percibida, y el inventario de Burnout de Maslach, en 44 médicos internos de pregrado de tres hospitales de los Servicios de Salud de

Sonora. Los resultados fueron: La atención emocional se relaciona negativamente con el agotamiento; La claridad se correlaciona de manera positiva con la reparación emocional y realización personal, y de forma negativa con el agotamiento y despersonalización, la reparación de las emociones se correlaciona de forma negativa con el agotamiento y la despersonalización, y de manera positiva con la realización personal. En el análisis de regresión encontraron que el desgaste laboral del médico de pregrado se explicaba por una baja atención emocional y falta de claridad en sus emociones. Así llegaron a la conclusión de que los factores emocionales deben tenerse en cuenta para explicar el desgaste laboral en el médico interno de pregrado. (Ortiz & Beltrán, 2011).

1.1.2 Antecedentes Nacionales

Santivañez (2016) en su investigación "Burnout y Salud en profesionales de Enfermería de un Hospital Nacional de Huancayo" con el objetivo de determinar la correlación entre las dimensiones del síndrome del Burnout y las dimensiones de la salud, realizó un estudio en una población de 44 enfermeras, encontrando que la salud mental se relaciona significativamente con las tres dimensiones del Burnout con correlación alta e inversa en las dimensiones agotamiento emocional (-0.64) y despersonalización (-0.65), mientras que con la dimensión realización personal mantiene una correlación mediana (0.45). En cuanto a la salud física se correlaciona únicamente con las dimensiones agotamiento emocional (-0.48) y despersonalización (-0.41), siendo en ambos casos relaciones negativas y de magnitud mediana, igualmente encontró que la dimensión realización personal es la que menos se correlaciona significativamente con las dimensiones de la salud. (Santivañez, 2016)

Arias y Muñoz del Carpio (2016) en su estudio "Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Arequipa 2015. Tuvo como Objetivo: Analizar las manifestaciones del síndrome de Burnout en enfermeras. Este estudio correlacional fue realizado en una muestra de 47 enfermeras. Utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach y obteniendo como resultado que un 21,3 % de enfermeras presentó niveles severos de agotamiento emocional y baja realización personal, así mismo el 29,8 % tuvo altos niveles de despersonalización. En las

pruebas de correlaciones observaron que el síndrome de Burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan positivamente ($p < 0,01$). Del mismo modo con el análisis de varianza demostraron que existen diferencias significativas en la puntuación global del síndrome según el tiempo de servicio. Llegando a la conclusión que las enfermeras presentan niveles considerables de síndrome de Burnout sobre todo aquellas que tienen mayor tiempo de servicio. (Arias & Muñoz del Carpio, 2016).

Mera y More (2013) en su estudio “Dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013”, tuvo como objetivo determinar si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013. El estudio descriptivo comparativo contó con 141 profesionales y utilizó el Inventario Burnout de Maslach, cuyos ítems son válidos al nivel de confianza del 99%. Obtuvo como resultado la diferencia en dos de las dimensiones del síndrome de Burnout, siendo estas, cansancio emocional y despersonalización; en conclusión; el nivel alto de cansancio emocional en ESSALUD es del 20% y en el MINSA 9%, la despersonalización el nivel alto, es mayor en ESSALUD con un 20% mientras que en el MINSA es del 9%, y el nivel bajo de realización personal, es mayor en ESSALUD 9% que en MINSA 5%. (Mera & More, 2013).

Ayala (2013) en su estudio “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú - 2011”. tuvo como objetivo: Determinar el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2011, dicho estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, de corte transversal, tuvo una población de 54 enfermeras (os), encontrando que en la dimensión agotamiento emocional, despersonalización y realización personal predomina el nivel medio con 55% , 59% y 61% respectivamente , así mismo concluye que en la mayoría del personal de enfermería de los servicios críticos el síndrome es de medio a alto debido a que se sienten cansancio al final de la jornada de trabajo, no les importa lo que

les ocurra a los pacientes, creen que están trabajando demasiado, trabajar todo el día con pacientes implica un gran esfuerzo de su parte y trabajar directamente con personas le produce estrés.(Ayala , 2013).

Apari (2012) en su estudio “Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería del hospital Rezola - Cañete, febrero-julio, 2012”, tuvo como objetivo: Determinar los niveles del síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Rezola de Cañete. Dicho estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 50 enfermeras, obtuvo que el 72% de los profesionales de enfermería presentan un nivel bajo de síndrome de Burnout, similar resultado encontró en las dimensiones despersonalización y falta de realización personal y en la dimensión agotamiento emocional halló un nivel medio 70%. A si mismo concluye que las características socio laborales influyen significativamente en el nivel de síndrome de Burnout. (Apari, 2012).

Sánchez (2013) en su investigación “Inteligencia emocional percibida y su relación con la satisfacción laboral en el profesional de Enfermería de la Microred Cono Norte Tacna – 2012”, con el objetivo de determinar la Inteligencia Emocional Percibida y su relación con la Satisfacción Laboral de los Profesionales de Enfermería de la Microred de Salud Cono Norte de Tacna- 2012, realizo un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal; conto con una población de 60 profesionales de enfermería ,obtuvo en las dimensiones atención emocional, claridad emocional y reparación emocional predominantemente se encuentran en un nivel adecuado con un 62%, 64% y 60% respectivamente; así mismo concluye que la dimensión claridad emocional tiene una relación significativa con la satisfacción laboral en los profesionales de enfermería.(Sánchez,2013).

Saucedo, Salazar y Díaz (2011) en su estudio” Inteligencia emocional en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo”; con el objetivo de conocer el nivel de inteligencia emocional en estudiantes de pregrado de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (UNPRG). En

este estudio descriptivo transversal encuestaron a 242 estudiantes utilizando la TMMS-24, obteniendo como resultado que el 46,3% presentó niveles adecuados de percepción, el 52,5% de comprensión y el 60,3% de regulación. Se encontraron diferencias según edad, sexo y año de estudios. (Saucedo, Salazar & Diaz, 2011).

1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística.

Agotamiento profesional.

Para Claramunt (1999)

El agotamiento es la reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, inclusive la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros mismos. Así mismo el agotamiento se produce como respuesta a la tensión emocional crónica, constante y no como reacción a una crisis ocasional. (p.11).

Según Maslach y Jackson (como se citó en Olivarez & Gil-Monte, 2009, p.161) el agotamiento profesional o síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo. Esta respuesta ocurre entre individuos que trabajan en contacto directo con pacientes.

Según Cherniss (como se citó en Burke, 1987) “el Burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral caracterizado por: desorientación profesional, desgaste, sentimiento de culpa por falta de un éxito profesional, aislamiento y distanciamiento” (p.180).

Para Pines (como se citó en Moriana & Herruzo, 2004) “el síndrome de Burnout lo padecerán las personas muy motivadas y con alta autoeficacia mientras que las personas poco motivadas y con baja autoeficacia experimentarán estrés, fatiga e insatisfacción” (p.602).

El agotamiento profesional o síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las cuales se trabajan y también hacia el propio rol profesional, este hecho se produce cuando fallan las estrategias de afrontamiento de la persona frente a los estresores laborales. (Gil-Monte & Marrucco, 2008, p. 451).

Etapas del agotamiento profesional.

Según Edelwich y Brodsky (como se citó en Margarita & Vinaccia, 2007) el trabajador atraviesa por 5 etapas hasta llegar al agotamiento profesional o Burnout: El entusiasmo; en la cual el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y tiene elevadas aspiraciones con una energía desbordante. El estancamiento; se produce cuando no se han cumplido las expectativas sobre el trabajo y por más esfuerzo que se ofrezca los objetivos no se cumplen. La frustración; En esta etapa la desilusión se manifiesta por problemas emocionales, físicos y conductuales. La apatía; En este momento el trabajador se resigna ante la imposibilidad de poder cambiar las cosas y finalmente en la etapa del Burnout se llega a la imposibilidad física y psíquica de continuar en el trabajo poniéndose en evidencia el agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. (p.122).

Para Cherniss (como se citó en Garcés de los Fayos & Vives, 2003) el agotamiento profesional o Burnout es el resultado del proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, se distingue tres fases: Inicialmente la fase de estrés; en la cual se presenta un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador. Seguido de la fase de agotamiento en la cual se produce de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga y finalmente la fase de agotamiento defensivo donde se puede apreciar los cambios en las actitudes y en la conducta. (p. 223)

Proceso evolutivo del agotamiento profesional.

Según Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) “el agotamiento profesional inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, luego se experimenta baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional” (p. 466).

Para Leiter y Maslach (1988) debido a los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional; generándose una actitud despersonalizada hacia los individuos a los cuales les brindaran atención, el trabajador pierde el compromiso personal disminuyendo su realización personal en el trabajo. Es decir el agotamiento emocional es la dimensión que ocasiona la baja realización personal, dando lugar a las consecuencias observables del agotamiento profesional como es el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo. Y todo este proceso se encontrará mediatizado por la despersonalización. (Leiter & Maslach, 1988, pp. 297-298).

Según Leiter (1993) el agotamiento emocional es la respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico se genera las actitudes de despersonalización. Es decir los sentimientos de despersonalización no median en la relación entre el agotamiento emocional y realización personal en el trabajo. Para el autor los sentimientos de baja realización personal en el trabajo es la consecuencia de los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades en la carrera. (Leiter, 1993, p. 245).

Para Lee y Ashforth (como se citó en Esteras, 2015) la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. Pero señala que lo más importante sería comprobar si el agotamiento emocional es el final o el inicio del proceso para determinar la línea de prevención e intervención en el agotamiento profesional o Burnout. (p. 61)

Según Gil - Monte y Peiró (1999) en “el proceso de agotamiento

profesional o Burnout se desarrollan en forma paralela los sentimientos de baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional, y originan las actitudes de despersonalización” (p. 262).

Luego según Gil- Monte (2003) en el proceso de agotamiento profesional se incorpora el sentimiento de culpa que lleva al trabajador a una mayor implicancia laboral para disminuir su culpabilidad; pero como las condiciones del entorno laboral no cambian puesto que sólo cambian los pacientes que presentan idénticos problemas disminuirá la realización personal en el trabajo, aumentando los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización; este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un círculo vicioso de modo que a medio o a largo plazo se produce un deterioro de la salud de los profesionales de enfermería, lo cual aumentara la tasa de absentismo y deseos de abandonar la organización y la profesión.(pp.24-25)

Modelos teóricos - etiológicos del agotamiento profesional

Modelo etiológico desde la teoría socio cognitiva del Yo.

Modelo de competencia social de Harrison

Para Harrison (como se citó en Gálvez, Moreno & Mingote, 2011) el proceso de desgaste profesional esta centrado en los aspectos motivacionales; la motivación para la ayuda como factor clave del desempeño en profesiones asistenciales, la consecución de los objetivos profesionales estará determinada por la existencia de elementos facilitadores (factor de ayuda) o de dificultad (factores barrera) influyendo esto en los sentimientos de competencia o desarrollando el desgaste profesional. (p.10). Según este modelo aplicable a los trabajadores con expectativas elevadas en el logro de los objetivos laborales; la motivación para ayudar predetermina la eficacia del trabajador; es decir a mayor motivación la eficacia laboral se incrementa. Los factores también juegan un rol importante ya que si el trabajador encuentra factores de ayuda, la efectividad laboral crecerá potenciando los sentimientos de competencia social del trabajador; por otro lado si el trabajador observa factores de barrera sus

sentimientos de eficacia disminuirán porque el trabajador no conseguirá sus objetivos. En consecuencia si esta situación se mantiene en el tiempo se originará el agotamiento profesional.

Modelo de Cherniss

Cherniss teniendo en cuenta a Bandura (1989) en el concepto de autoeficacia percibida; es decir la creencia que la persona tiene la capacidad de ejercer un control sobre las situaciones que le afectan; refiere que los trabajadores que cuenten con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, ya que pueden afrontarlas de manera positiva. Igualmente el logro de los objetivos personales incrementa los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar estos objetivos conlleva a sentimientos de fracaso, baja autoeficacia con los cuales se desarrollara un agotamiento profesional. (Bandura, 1989, pp. 1175-1176).

En este contexto Cherniss (como se citó en Porras, 2014) refiere que la interacción entre las características del contexto del trabajo y las características del individuo, sus expectativas y demandas pueden producir estrés en aquellas personas que adoptan mecanismos de afrontamiento poco funcionales en consecuencia se puede establecer una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el Burnout, debido a las creencias sobre su capacidad para afrontar con éxito las situaciones difíciles.(pág. 46).

Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper

Thompson, Page y Cooper (como se citó en Ojeda ,2016) delimitan la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

El reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos intensifican el nivel de autoconciencia en los trabajadores, lo cual afecta negativamente su estado anímico lo cual se traducirá tanto en una

falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, como en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

La autoconciencia; es un rasgo de la personalidad, y es definida como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido en el desarrollo de una tarea dirigida. Los trabajadores con alta autoconciencia tienen una tendencia exagerada a concentrarse en su experiencia de estrés y perciben mayores niveles de estrés a diferencia de los trabajadores con baja autoconciencia.

La presencia de altos niveles de autoconciencia en el trabajador aumenta la experiencia de desilusión, frustración o pérdida por ello cuando el trabajador ve sus objetivos continuamente frustrados, se retira mental y conductualmente de la situación problemática; este retiro conductual muestra una tendencia a abandonar los intentos de reducir las discrepancias percibidas; en consecuencia el trabajador experimentará conductas de despersonalización, sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.(pp.30-32).

Modelo etiológico desde la teoría del intercambio social.

Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Para Buunk y Schaufeli (como se citó en Gálvez et al., 2011) el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, tiene doble origen: por un lado, se encuentran los procesos de intercambio social con los pacientes y por el otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. El desgaste profesional tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos tras los procesos de comparación social en las relaciones interpersonales con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores y la organización. Es así que las expectativas previas de equidad o ganancia sobre estos intercambios serán esenciales para el resultado final, desarrollándose sentimientos de desgaste profesional cuando se perciba que se aporta más de lo que se recibe en el proceso interactivo así mismo el sentido de reciprocidad en las relaciones interpersonales se

relacionara con procesos de salud y bienestar.(p.12).

En el proceso de intercambio social con los pacientes, los profesionales de enfermería identifican tres variables estresores: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre; es la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo se debe actuar. La percepción de equidad es el equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones, y la falta de control, se relaciona con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales. El rol de enfermería usualmente genera incertidumbre sobre cómo tratar a los pacientes, sienten inseguridad de estar haciendo las cosas de manera adecuada. Además, las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas frecuentemente, ya que los pacientes se encuentran ansiosos y preocupados.

En cuanto a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, sino evitan el apoyo y la presencia de compañeros por temor a ser criticados o considerados incompetentes. (Mansilla,2016).

Modelo etiológico desde la teoría organizacional

Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Golembiewski, Munzenrider y Carter (como se citó en Rubio, 2003) plantean que el Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico generado por situaciones de sobrecarga laboral y pobreza de rol. Ante estas circunstancias la persona se traza una estrategia de afrontamiento que incluye el distanciamiento es decir la despersonalización, luego desarrolla una experiencia de baja realización personal en el trabajo que a largo plazo genera el agotamiento emocional. Así mismo proponen que el desarrollo del Burnout es progresivo y que atraviesa por ocho fases y consideran afectados de Burnout leve a los que individuos que se encuentran en las tres primeras fases, Burnout medio a los que se encuentran en la cuarta y quinta fase y elevado Burnout a las personas que se ubican en la sexta, séptima y octava fase. Concluyendo que la dimensión que mejor predice

la aparición del síndrome es la despersonalización seguida de falta de realización personal y por último el agotamiento emocional. Así mismo refieren que el desarrollo del Burnout puede manifestarse con un inicio agudo o tener una evolución crónica más paulatina y según la fase en la que se encuentre el individuo las consecuencias negativas será significativamente diferente. (pp.45-46).

En otro momento del estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento en el cual el trabajador se distancia de la situación laboral estresante. Este distanciamiento puede ser constructivo; el profesional no se involucra en el problema del usuario y lo atiende sin perder la empatía, o por el contrario puede ser contra productivo; donde el distanciamiento conlleva a las actitudes de despersonalización; como la indiferencia emocional, el cinismo, la rigidez en el trato e ignorando a la persona. (Mansilla, 2016).

Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Cox, Kuk y Leiter (como se citó en López, 2013) abordan el agotamiento profesional o Burnout; desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da en los profesionales de los servicios humanos. Este agotamiento se da como respuesta al estrés laboral cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no son eficaces para manejar el estrés laboral y sus respectivos efectos. Este modelo transaccional considera como variables de respuesta al estrés a los sentimientos de sentirse gastado, sentirse presionado ya que estas variables están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores y con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador.

Así mismo los autores señalan que el agotamiento emocional es la dimensión central del agotamiento profesional pues incluye variables emocionales y de bienestar. Consideran que la despersonalización es una estrategia de afrontamiento frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo es el resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés. Igualmente consideran a la salud de la organización como una variable

moduladora de la relación estrés-síndrome de Burnout; si la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, tanto la estructura, políticas y procedimientos son percibidos coherentemente por sus miembros (pp.88-90).

Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural.

Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.

Según Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (como se citó en Gil - Monte,2003) el síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es considerado un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas manifestado a través de alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos del mismo modo tendrá efectos negativos para la organización lo cual se evidenciara en el deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseado e inclusive la intención de abandonar la organización.

Frente a los estresores laborales se desarrollaran una serie de estrategias de afrontamiento que deberán resultar tanto efectivas para manejar las respuestas al estrés como eficaz para eliminar los estresores. De tal modo que si las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevaran al fracaso profesional y al fracaso de las relaciones interpersonales con los pacientes y sus familiares. Por ello, la respuesta que se desarrollara son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento. (pp.22- 24).

Según lo anteriormente expuesto en el presente estudio se ha tomado en

cuenta el proceso evolutivo del desgaste profesional de Leiter y Maslach y la aproximación del modelo de la teoría estructural de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.

Consecuencias del agotamiento profesional.

Consecuencias para el trabajador

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (2006) “El trabajador es afectado en su salud en forma progresiva, debido a la exposición de algunas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales” (p.1).

González, Lacasta y Ordóñez (2008) manifiestan que las consecuencias que sufre el individuo se pueden agrupar en manifestaciones físicas, emocionales, conductuales, actitudinales y cognoscitivos estas consecuencias disminuyen la calidad de vida personal y aumentan los problemas familiares.

Dentro de las manifestaciones físicas se encuentran: el malestar general, fatiga, anorexia, alergias, cefaleas, trastornos del sueño, diarreas, náuseas, úlceras duodenales, asma, hipertensión arterial ,alteraciones menstruales, dolores de espalda, contracturas musculares.

A nivel de las manifestaciones emocionales se observa el agotamiento emocional, irritabilidad, nerviosismo, inquietud, hostilidad, sentimiento de impotencia, tristeza, pesimismo, frialdad emocional, cambios bruscos de humor, sentimientos de soledad, vacío, sentimientos de fracaso y falta de eficacia, los cuales pueden generar en las personas deseos de abandonar el trabajo.

Dentro de las manifestaciones conductuales se pueden observar conductas agresivas, conductas de aislamiento, problemas de pareja, absentismo laboral, conductas de evitación, comportamiento agresivo hacia los enfermos, compañeros y familia, trastornos de alimentación.

Entre las manifestaciones actitudinales la persona puede presentar

desconfianza, apatía, cinismo, ironía hacia los pacientes, poca verbalización en las interacciones con la personas, indolencia e indiferencia.

En lo relacionado a las manifestaciones a nivel cognoscitivo tenemos a la suspicacia, falta de concentración, falta de atención, baja autoestima, percepción negativa y despersonalizada, falta de compromiso laboral, escasa realización personal, dificultad para la toma de decisiones y resolución de problemas.(p.42).

Consecuencias para la organización

El agotamiento profesional afecta a la organización y al ambiente laboral en este contexto se puede encontrar insatisfacción laboral, absentismo, ineficacia en el trabajo realizado, accidentes laborales, rotación de puestos, abandono de la organización disminución en la calidad e asistencial, conflictos interpersonales entre compañeros. (Gonzáles et al., 2008, p.43).

Estas consecuencias afectan en gran medida las relaciones interpersonales del individuo que lo llevaran hacia sentimientos de indiferencia, desesperación que podría conllevar a que el trabajador sienta deseos de abandonar su trabajo.

Evaluación del Agotamiento profesional.

Para evaluar el agotamiento profesional o síndrome de Burnout existen diversos instrumentos como por ejemplo:

El Staff Burnout Scale de Jones publicado en 1980.

Indicadores de Burnout de Gillespie publicado en 1980.

Emener Luck Burnout Scale (ELBOS) publicado por Emener y Luck en 1980.

Tedium Measure (Burnout Measure) publicado por Pines en 1980, 1988.

Maslach Burnout Inventory (MBI) publicado por Maslach y Jackson en 1981, 1986.

Mattews Burnout Scale for Employees publicado por Mattews en 1990.

Efectos Psíquicos del Burnout publicado por García Izquierdo en 1990.

Cuestionario breve de Burnout (CBB) publicado por Moreno en 1997. (Gonzáles et al., 2008, p.46).

En el presente estudio se utilizó el instrumento de Maslach y Jackson (MBI-HSS); debido a que el instrumento reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación global del agotamiento profesional o Síndrome de quemarse por el trabajo, así mismo por las investigaciones desarrolladas en otros países con resultados similares se puede afirmar que es un instrumento con validez transcultural. (Jélvez & Ibáñez, 2011, p.179).

Inteligencia emocional.

Para Mayer y Salovey (como se citó en Fernández & Extremera, 2005) la inteligencia emocional se puede conceptualizar a través de cuatro habilidades básicas: La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento intelectual. (p.68).

Según Goleman (2008), "la inteligencia emocional es un conjunto de habilidades en las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad de motivarse uno mismo" (p.27). Es decir "la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos" (Goleman, 1998, p.349). En consecuencia si se desarrollan estas habilidades la persona podrá entender y comprender y controlar sus impulsos lo cual repercutirá positivamente en las relaciones interpersonales del individuo.

Según López de Bernal y Gonzáles (2005), "la inteligencia emocional traduce la capacidad para ejercer adecuado autoconocimiento emocional, autocontrol y automotivación el logro de esta capacidad se verán reflejados en habilidades sociales como la empatía, la comunicación, la relación interpersonal,

el liderazgo y la convivencia”(p. 12).

Para Bradberry y Greaves (2012) la inteligencia emocional es la capacidad de reconocer y entender las emociones de uno mismo y la de los demás, y la capacidad de utilizar esa información para gestionar el comportamiento y las relaciones es así que la inteligencia emocional influirá en la forma de gestionar el comportamiento, de tomar decisiones personales que permitan obtener resultados positivos. (p. 16).

Según la International Society of Applied Emotional Intelligence (ISAEI) “ la inteligencia emocional presenta diez características:El control emocional,la autoestima,la administración del estrés,las habilidades sociales,el costo de la impulsividad,el equilibrio,las habilidades de comunicación,la administración de nuestros objetivos,la automotivacion y la actitud positiva” (Salvador, 2010, pp. 18-19).

Principios de la inteligencia emocional.

Según Gómez, Galiana, López y León (2011) la Inteligencia emocional se basa en los siguientes principios o competencias:

Autoconocimiento: Capacidad para conocerse a uno mismo, sabiendo los puntos débiles que tenemos.

Autocontrol: Capacidad para controlar los impulsos, saber mantener la calma.

Automotivación: Habilidad para realizar cosas por uno mismo, sin la necesidad de ser impulsado por otros.

Empatía: Competencia para ponerse en la piel de otros intentando comprender la situación del otro.

Habilidades sociales: Capacidad para relacionarse con otras personas, ejercitando dotes comunicativas para lograr un acercamiento eficaz.

Asertividad: Saber defender las propias ideas respetando la de los demás, enfrentándose a los conflictos en vez de ocultarlos, aceptar las críticas cuando pueden ayudar a mejorar.

Proactividad: Habilidad para tomar la iniciativa ante oportunidades o problemas, siendo responsable de sus propios actos.

Creatividad: Competencia para observar el mundo con una perspectiva diferente, igualmente con distintas formas de afrontar y resolver problemas. (pp. 94-95).

Modelos de Inteligencia Emocional

Modelos mixtos

Entre los principales autores se encuentran Goleman y Bar-On; estos modelos incluyen rasgos de personalidad como el control del impulso, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o la persistencia. (García & Giménez , 2010, p. 46)

Modelo de Goleman (1995)

Goleman estableció la existencia de un Cociente Emocional que no se opone al Cociente Intelectual clásico sino que ambos se complementan y este complemento se manifiesta en las interrelaciones que se producen.

Los componentes que constituyen la Inteligencia Emocional Según Goleman son:

Conciencia de uno mismo: Es la conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones.

Autorregulación: Es el control de nuestros estados, impulsos internos y recursos internos.

Motivación. Se explican cómo tendencias emocionales que guían o que facilitan el logro de objetivos.

Empatía: Se entiende como la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.

Habilidades sociales: Es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás pero no entendidas como capacidades de control sobre otro individuo. (García & Giménez, 2010,p.46).

Modelo de Bar-On (1997)

Este modelo combina habilidades mentales como el autoconocimiento emocional con otras características diferentes como la independencia personal, el optimismo o la felicidad. Contiene 10 factores principales y cinco facilitadores.

Factores:

Autoconsideración o percepción exacta de uno mismo.

Autoconocimiento emocional, es decir la consciencia y entendimiento de las propias emociones.

Asertividad se refiere a la habilidad para expresar libremente nuestras emociones sin herir los sentimientos de los demás.

Empatía hace referencia a ser consciente y comprender las emociones de los demás.

Relaciones interpersonales o habilidad para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes.

Tolerancia al estrés viene a ser la habilidad para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes.

Control de impulsos o autodominio en el control de conductas impulsivas.

Evaluación fiable, se refiere a la habilidad para validar los propios pensamientos y sentimientos.

Flexibilidad o capacidad de adaptación a condiciones distintas.

Resolución de problemas de naturaleza personal y social, de forma eficaz y positiva.

Facilitadores:

Autoactualización: ser consciente de las propias capacidades y utilizarlas.

Independencia: autonomía emocional, autodirección y autocontrol.

Responsabilidad social: para comportarse en las relaciones grupales y sociales con los demás y con el entorno.

Optimismo: para mantener actitudes positivas, incluso en la adversidad.

Felicidad: sentimientos de bienestar subjetivo con la propia vida.

(Hernández & Dickinson, 2014, p. 157).

Modelo de Habilidades

Modelo de Salovey y Mayer (1997).

Este modelo se basa en el desarrollo de habilidades; como la percepción emocional, facilitación emocional del pensamiento, comprensión emocional, dirección emocional y regulación reflexiva.

Percepción emocional; se refiere a la habilidad para identificar las emociones en sí mismo y en los demás a través de la expresión facial y de otros elementos como la voz o la expresión corporal.

Facilitación emocional del pensamiento es decir la capacidad para relacionar las emociones con otras sensaciones como el sabor y olor o, usar la emoción para facilitar el razonamiento (...), por otro lado, la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

Comprensión emocional es la habilidad para resolver los problemas e identificar qué emociones son semejantes.

Dirección emocional hace referencia la comprensión de las implicaciones que tienen los actos sociales en las emociones y regulación de las emociones en uno mismo y en los demás.

Regulación reflexiva de la emociones para promover el crecimiento personal. Habilidad para estar abierto a los sentimientos ya sean positivos o negativos. (García & Giménez, 2010, p.47).

Otros modelos

Modelo de Cooper y Sawaf (1997).

Este modelo es denominado el modelo de los cuatro pilares, puesto que considera como bases de la inteligencia emocional a la alfabetización, agilidad, profundidad y alquimia emocional:

La alfabetización emocional está constituida por la honradez emocional, la energía para el conocimiento, la intuición, la responsabilidad y la conexión para que la persona cuente con aplomo personal y sea eficaz.

La agilidad emocional hace referencia a la credibilidad, la flexibilidad y

autenticidad personal que incluye habilidades para escuchar, asumir conflictos y obtener buenos resultados de situaciones difíciles.

La profundidad emocional está referida a la armonización de la vida diaria con el trabajo.

La alquimia emocional se manifiesta con la habilidad de innovación aprendiendo a fluir con problemas y presiones. (García & Giménez, 2010, p.48).

Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional de Bonano (2001).

Bonano (como se citó en García & Giménez, 2010) fundamenta su modelo en los procesos de autorregulación emocional del sujeto para afrontar la emocionalidad de modo inteligente. El autor establece que todos los seres humanos portamos un grado de inteligencia emocional que para ser eficiente debe de autoregularse, así mismo el autor señala tres categorías generales de actividad autoregulatoria: Primero la regulación de control que son los comportamientos automáticos e instrumentales dirigidos a la inmediata regulación de respuestas emocionales, segundo la regulación anticipatoria es decir anticiparse a los futuros desafíos que puedan presentarse y tercero la regulación exploratoria que hacer referencia a la adquisición de nuevas habilidades para mantener una correcta homeostasis emocional. (p.49).

Modelos de evaluación de la inteligencia emocional

Existen diversas pruebas o test que evalúan las diferencias individuales y los componentes de la Inteligencia Emocional. Así encontramos dos modelos: Uno aborda las habilidades; es decir cómo se capta y se utiliza la Inteligencia Emocional en el aprendizaje, y el otro modelo mixto; enfocado hacia la personalidad en relación con la inteligencia emocional.

Modelo de habilidades.

Según Mayer y Salovey (como se citó en Gabel, 2005, p.13) los modelos de habilidades se centran en el análisis del proceso del pensamiento acerca de los sentimientos.

1. El Trait Meta Mood Scale (TMMS) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995)

En base al modelo de Mayer y Salovey; Salovey et al., diseñaron el TMMS, instrumento que permite evaluar la capacidad percibida de las personas para prestar atención a sus estados de ánimo y emociones, discriminarlos y regularlos. (Como se citó en Rey & Extremera, 2012, pág. 88).

Según Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, (1995)

El TMMS evaluó la inteligencia emocional percibida a estudiantes de nivel superior a través de 48 ítems divididos en tres dimensiones; primero la atención a los sentimientos con 21 ítems, segundo la claridad emocional con 15 ítems y tercero la reparación de las emociones con 12 ítems; todos los ítems en base a una escala de Likert con puntuaciones del 1 al 5. (Como se citó en Extremera & Fernández, 2005, p.103). Así mismo este instrumento presentó una confiabilidad de 0.85. (, p. 129).

La versión española reducida del TMMS por Fernández, Extremera y Ramos (2004)

Este instrumento en base al modelo de Mayer y Salovey mide la inteligencia emocional a través de tres dimensiones: Atención emocional, claridad emocional y regulación emocional con 8 ítems cada dimensión y todos los ítems en base a una escala de Likert con puntuaciones del 1 al 5. Este instrumento aplicado a 292 estudiantes españoles presentó un nivel de confiabilidad de 0.88. (p. 753).

Modelos mixtos

Estos modelos combinan las dimensiones de la personalidad, la capacidad de automotivación con las habilidades de regulación de emociones. (Trujillo & Rivas, 2005, p.18)

Modelo de Bar-On: Inventario de coeficiente emocional (i-CE) 1997

Este modelo mide la inteligencia emocional y social a través de coeficientes emocionales los cuales están distribuidos en cinco bloques que a su vez se distribuyen en 15 subescalas; de esta manera agruparon las habilidades intrapersonales en cinco subescalas, las habilidades interpersonales en tres subescalas, la adaptabilidad en tres subescalas, el talante general en dos subescalas y el control de estrés en dos subescalas. (Bar-On, 2006, p. 23).

El instrumento que planteo Bar-On en 1995 cuenta con 133 items (Ugarriza & Pajares, 2005, p. 23) y obtuvo niveles de fiabilidad desde 0.70 para la responsabilidad hasta 0.89 para autoestima (Salvador, 2010, p. 35).

Modelo de D. Goleman: Inventario de competencias emocionales (ICE) e inventario competencias emocionales y sociales (ESCI)

Entre 1995 y 1998 Goleman diseñó el Inventario de competencias emocionales (ICE) agrupados en cuatro habilidades: primero la autoconciencia es decir el conocimiento de nuestras preferencias, sensaciones, estados y recursos internos; segundo el autocontrol que implica el manejo de nuestros sentimientos, impulsos, estados y obligaciones internas; tercero la conciencia social que abarca el reconocimiento de los sentimientos, preocupaciones y necesidades de otros y cuarto el manejo de las relaciones es decir la habilidad para manejar bien las relaciones y construir redes de soporte. (Cherniss & Goleman, 2001, p. 28).

El inventario de competencias emocionales (ICE) recopila información acerca de uno mismo, los subordinados, los compañeros y los superiores. La primera versión se probó en 1998 en 596 personas de corporaciones industriales, empresas, asistencia social y estudiantes cuyo resultado de fiabilidad de esta escala osciló entre 0.68 hasta 0.866. (Salvador, 2010, p. 32)

Luego en el 2006; Boyartz, Goleman y el grupo Hay-McBer; perfeccionaron cada pregunta y competencia del Inventario de competencias emocionales a través de diferentes análisis psicométricos y en el 2010 redujeron de 18 a 12

competencias evaluadas; estas competencias se plasmaron en un instrumento de 72 preguntas con una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta: nunca, raras veces, algunas veces, con frecuencia constantemente y no sé. Este instrumento (ESCI versión 3.0) mide las competencias básicas: Autoconocimiento, Gestión de uno mismo, Comprensión de Otros y Habilidades Sociales y estas competencias arrojaron niveles de confiabilidad que van desde 0.72 a 0.85. (Como se citó en Urbaez , 2013, pp. 141-142)

El EQ- MAP de Oriolo y Sawaf.

En 1997 Cooper y Sawaf desarrollan el EQ-MAP aplicado exclusivamente en el campo empresarial y de las organizaciones. Este instrumento consta de 261 ítems con un total de 21 escalas que están agrupadas en cinco secciones: Primera sección el ambiente general: que contiene a las subescalas de sucesos de vida, presiones del trabajo y presiones personales; segunda sección el conocimiento emocional que está conformada por las subescalas de conciencia emocional de sí mismo, expresión emocional y conciencia emocional de otros ;tercera sección las competencias del conocimiento emocional que está conformada por las subescalas de intención, creatividad, elasticidad, conexiones interpersonales y descontento constructivo; cuarta sección valores del conocimiento emocional y creencias integrada por las subescalas de compasión, perspectiva, intuición, radio de confianza, poder personal e integridad finalmente la quinta sección que son los resultados del conocimiento emocional que está constituida por las subescalas de salud general, calidad de vida, cociente de relaciones, rendimiento óptimo. Así mismo las estimaciones de consistencia interna fluctúan entre 0,53 y 0,91. (Como se citó en Gonzáles,2009, pp. 162-168).

Según Teijido (2016) no existe definición única para el término Inteligencia Emocional, como tampoco hay un consenso en cuanto a los contenidos que la constituyen sin embargo se han construido diferentes instrumentos con el fin de evaluarla como por ejemplo:

Cuestionario de emocionalidad /racionalidad. (Cristóbal 1996).

Test de Inteligencia emocional (Martineaud y Engelhart 1997).

Cuestionario de identificación de emociones (Valles y Valles 1998).

Test de habilidades de inteligencia emocional (Valles y Valles 1998).
(Teijido, 2016, pág. 24).

En el presente estudio se utilizó el instrumento TMMS -24; versión española de Fernández, Extremera y Ramos (2004); quienes obtuvieron un alfa de Cronbach superiores a 0.86 en las tres escalas (p. 753), igualmente Espinoza, Sanhueza, Ramirez y Sáez (2015); determinaron que dicho instrumento cuenta con respaldo estadístico puesto que se la fiabilidad obtenida fueron superiores al 85% en las tres dimensiones. En consecuencia se puede aseverar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fueron elaboradas (pp.142-143).

Salud

Según la OMS (2001), "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (p.1).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (1978) considera que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo y que la realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud. (OPS, 1978, p. 1).

Determinantes de la salud.

Luego de un amplio estudio epidemiológico en canadienses, Lalonde (1981) expuso que las causas de muerte y enfermedad se debían a cuatro grandes determinantes de la salud como son: El medio ambiente, Los estilos de vida y conductas de salud, La biología humana y el sistema de cuidados de salud.

El medio ambiente: formado por sus factores de insalubridad, como la contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus

efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.

Los estilos de vida y conductas de salud: relacionado con los hábitos personales o de grupo sobre el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la inadecuada alimentación o conductas de riesgo que influyen negativamente en la salud. Además, el ser humano se expone voluntariamente a estos factores y puede ejercer sobre ellos un control o un uso adecuado.

La biología humana: relacionado con aspectos genéticos y con la edad de las personas; condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, la carga genética y los factores hereditarios. Este grupo de factores han sido considerados, hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación, y como mayor responsabilidad de la causa de salud – enfermedad.

El sistema de cuidados de salud: tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones y está constituido por los recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios de forma que mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden producir salud. (Lalonde, 1981, pp. 31-32).

Indicadores de salud

Según la OPS (2001) la salud se puede medir a través de indicadores de acuerdo al determinante ya sea ambiental, social, de comportamiento o relacionados con el sistema de salud.

Determinante ambiental; cuyos indicadores sería población con acceso a servicios como agua potable, alcantarillado, porcentaje de análisis de agua.

Determinante social: Con indicadores demográficos como edad, tasa

de fertilidad, esperanza de vida al nacer; indicadores socioeconómicos como la población alfabetizada, crecimiento anual del PBI.

Determinante de comportamiento cuyos indicadores sería la proporción de fumadores, uso de contraceptivos.

Determinante relacionado con el sistema de Salud contienen indicadores de recursos humanos por 10.000 habitantes, cobertura de inmunización en menores de un año, partos atendidos por personal capacitado.

Así mismo expresan que los indicadores del estado salud son: la salud percibida que incluye la satisfacción y la calidad de vida; y la salud objetiva que tiene a los indicadores de mortalidad, morbilidad, discapacidad. (OPS, 2001, p.2).

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Terre des Hommes, 1997) considera los indicadores del estado de salud física y mental ;y dentro del estado de salud física se contempla la tasa de mortalidad, tasa de morbilidad, esperanza de vida al nacer, tasa de enfermedad por enfermedades prevenibles por vacuna; del mismo modo dentro del estado de salud mental se considera a los indicadores de desarrollo psicosocial, tasa de suicidios, tasa de consumo de estupefacientes, tasa de consumo de calmantes.(p.192).

En conjunto tanto la Organización Mundial de la Salud, la Dirección General de la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (como se citó en Girón, 2010) destacan los siguientes indicadores:

La esperanza de vida al nacer: Este indicador valora simultáneamente la evolución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad de la población, es así que mediante este indicador se puede conocer el número de años que un individuo espera vivir en determinadas condiciones de salud.

La salud percibida: Esta medida global incluye diferentes dimensiones

de la salud: física, emocional, social, síntomas y signos biomédicos. Debido a la naturaleza intrínseca de la salud, esta puede observarse como un fenómeno continuo, es decir, la salud no siempre es buena o mala; los individuos a lo largo de su vida experimentan que su salud oscila entre el estado de la salud excelente a la muerte.

Indicador de riesgo de mala salud mental: Este indicador proporciona el porcentaje de personas adultas que presentan riesgo de mala salud mental, para hallar este indicador se utiliza el cuestionario general de salud (GHQ) de Goldberg que mide la presencia de experiencias depresivas, ansiedad u otros desórdenes mentales. (pp. 27-28).

En relación a la Salud Percibida Girón (2010) expresa que es una medida global de salud que abarca diferentes dimensiones de la salud tanto física, emocional, social así como los síntomas y signos biomédicos, debido a esta naturaleza continua de la salud existe la dificultad práctica de aproximarse a los estados de salud que pueda experimentar un individuo a lo largo de su vida ante esto se hace necesario establecer umbrales que hagan operativa su definición. Así mismo para resolver estas dificultades es necesario utilizar la información disponible de encuestas sobre la valoración subjetiva de la salud o salud percibida que contienen posibles respuestas como muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo frente a las preguntas referidas a un determinado tiempo que por lo general es en los últimos doce meses.(p.29).

Instrumentos para medir la salud percibida

1. El General Health Questionnaire (GHQ) de David Goldberg.

El General Health Questionnaire (GHQ) es una técnica elaborada por David Goldberg en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra en 1972, con el fin de evaluar el grado de salud general de la persona. Este instrumento evalúa la salud autopercebida que el individuo hace sobre su estado de bienestar general especialmente en lo referido a la presencia de ciertos estados emocionales a través de las sub-escalas de Disfunción Social, Ansiedad, Depresión y Síntomas Psicósomáticos. El cuestionario inicial consistía en 60

ítems basados en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg, con los años el autor diseño versiones más cortas de 30,28 y 12 ítems. (García, 1999, pp. 88-89).

Así mismo García (1999) expresa “El GHQ ha sido aplicado en diferentes latitudes, idiomas y culturas, con sus correspondientes estudios de validación siendo el más utilizado la versión española “(p. 91).

El Cuestionario General de Salud (GHQ-28) diseñado por Goldberg y Hillier en 1979, en la versión de 28 ítems es utilizado para evaluar la percepción de salud, tiene las sub-escalas de Disfunción Social, Ansiedad, Depresión y Síntomas Psicósomáticos; con alfas de Cronbach de 0,7; 0,9; 0,9 y 0,9 respectivamente. (Gómez, 2008, p. 134).

El Perfil de Salud de Nottingham (PSN) de Hunt, Mc Kenna, Mc Ewen, Williams y Papp.

El Perfil de Salud de Nottingham (PSN) publicado en 1981, fue diseñado para ser una medida estandarizada y simple del estado de salud subjetivo en los dominios físico, social y emocional los autores determinaron que esta escala era una medida válida y sensible de la salud subjetiva, que bien podría ser un mejor predictor de la necesidad y la utilización de los servicios de salud que los datos fríos como las estadísticas de mortalidad y morbilidad. (Hunt, Mc Kenna, Mc Ewen, Williams & Papp, 1981, pp. 221-229).

El perfil de salud de Nottingham se divide en 2 partes: La primera parte se compone de 38 ítems correspondientes a seis grandes dimensiones de la salud: Energía con 3 ítems, Dolor con 8 ítems, Movilidad Física tiene 8 ítems, Reacciones Emocionales con 9 ítems, Sueño con 5 ítems y Aislamiento Social tiene 5 ítems. La segunda parte contiene siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: en el trabajo, las tareas domésticas, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, las aficiones y el tiempo libre. (Grao, 2002, pp. 38-39).

Según Alonso, Anto y Moreno (1990) luego de la traducción transcultural al castellano y al catalán de la versión original; establecieron que la versión española del Perfil de Salud de Nottingham (PSN) es culturalmente equivalente al original, y a su vez presenta un adecuado nivel de validez de constructo (Alonso, Anto, & Moreno, 1990, pp. 704-708).

En el presente estudio se utilizó el cuestionario GHQ-28 de cuatro escalas; Ya que en los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de medida para estudios epidemiológicos psiquiátricos, debido a que en cualquiera de sus modalidades han sido traducidas y validadas en diversos idiomas y cuenta con niveles de fiabilidad superiores a 0.85. (Vallejo, Esteve & Rodriguez , 2014, pp.106-107)

1.3 Justificación

Justificación Teórica,

Con el presente estudio se analizara la relación que existe entre el agotamiento profesional, la inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería. De esta manera se podrá conocer en mayor medida el comportamiento del agotamiento profesional con la salud general percibida.

Las instituciones de salud en el país están en un proceso de reforma en la cual buscan mejorar la cobertura de atenciones en salud acorde a la necesidad de la población .En este esfuerzo el personal de salud se encuentra generalmente presionado por la competitividad, recargo de trabajo, estresado por los reclamos de las personas y probablemente no utilizando correctamente su inteligencia emocional que originan una mala percepción de su salud .Con esta investigación se busca ampliar los conocimientos que confirmen o discrepen con estudios anteriores en muestras y áreas geográficas diferentes.

Justificación práctica

El conocer los resultados, permitirán que la alta dirección de la institución concedores de la problemática institucional en relación a necesidad del personal,

puedan gestionar las medidas necesarias a fin optimizar y garantizar se optimicen las condiciones de trabajo, que permitan al personal laborar en un ambiente saludable el cual repercutirá favorablemente en la salud de las personas, igualmente promuevan un ambiente laboral saludable y de bienestar integral para los trabajadores, lo cual se traducirá en una mejor calidad de vida para el personal con lo cual se cumplirán los objetivos y las metas de la institución.

Justificación metodológica

Con el presente estudio se busca establecer la validez y confiabilidad de las variables, y estas puedan utilizarse y aprovecharse en estudios de otras realidades nacionales a la salud. Para poder determinar la validez y confiabilidad de este instrumento se utilizarán técnicas e instrumentos que podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación.

Finalmente esta investigación; sirve de aporte para otros estudios, ya que permite ser fuente de comprobación y consulta de futuras investigaciones.

1.4 Problema.

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara “fue creado el 12 de marzo de 1952 por Resolución Suprema N° 153 y está ubicado en la Av. Venezuela s/n cuadra 29 Bellavista – Callao. Está considerado como un hospital de nivel III-1 (Ministerio de Salud del Perú,2011,p.70); el Sistema de Salud de la Marina brinda atención anual a una población estimada de 183,000 personas, entre titulares y familiares de los miembros de la Marina de Guerra del Perú con derecho a atención. De esta población aproximadamente el 90% se atiende en el Centro Médico Naval ,dicha población naval en los últimos años se ha incrementado alrededor de 1.2% anuales, sobre todo la población adulta y adulta mayor con enfermedades no trasmisibles , la demanda actual de atenciones es de 33.535 atenciones mensuales; aunque según la normativa establecida la capacidad instalada y los recursos se estimen para 25.855 es decir existen 7,680 atenciones que no puedan recibir en atención en forma oportuna .Para el 2017 la demanda proyectada es de 42,800 atenciones con lo cual la brecha mensual sería de 16,945 atenciones. (Departamento de estadística, 2016)

En consecuencia el requerimiento de atención intra-hospitalaria viene con un tendencia oscilante hacia el incremento en el requerimiento de hospitalización en las salas de medicina, cirugía y geriatría, dicho requerimiento se ve retrasado, debido a que el promedio de permanencia de un paciente hospitalizado es de 19 días (Departamento de Hospitalización, 2015) ;cifra que supera el promedio propuesto por el MINSA de 6 a 8 días (Ministerio de Salud del Perú, 2013,p.39),este hecho seria en parte en razón a que los pacientes militares en actividad deben de salir de alta cuando estén totalmente restablecidos según el Reglamento de Salud de la Marina (PRESAMAR-31203).

Actualmente en el servicio de emergencia existe una insatisfacción en el usuario de prioridad III y IV, en razón que corresponden a patologías que no ponen en riesgo la vida del paciente, sin embargo su atención es de acuerdo a la disponibilidad del personal de salud.

En lo relacionado al área de Cuidados intensivos la norma técnica 031 MINSA/DGSP (2005); establece que un establecimiento de nivel III-1 contara con un número de camas ofertadas entre 5% al 8% del total de camas hospitalarias (p. 7), es decir se debería contar con aproximadamente 22 camas (de 455 camas hospitalarias) sin embargo la institución cuenta con 16 camas entre adultos y pediátricos. En consecuencia frente a esta problemática y exigencias del usuario la dirección del Centro Médico Naval ha construido áreas de internamiento pero con un déficit de personal e infraestructura ya que según la Norma técnica 119 MINSA/DGIEM (2015), debe existir mínimamente un área para cada cama con su respectiva distancia entre ellas ,es así que en el servicio de emergencia las salas de observación serán diferenciadas por género y el área mínima por cada cama es de 9 metros cuadrados (p.117) ,mientras que en el caso de las salas de hospitalización cada cama debe contar con un área entre 8 a 9 metros cuadrados, con una distancia mínima de separación de 1.50 metros y la distancia entre el borde lateral de la cama y la pared será de 1 metro (p.144),por consiguiente el requerimiento de personal se debe realizar según el “índice de atención de Enfermería para la planificación de recursos humanos en los servicios de

Enfermería del Perú “hecho que no se aprecia en su totalidad ya que como hemos visto la población que requiere de hospitalización y mayor cuidado son paciente adultos mayores con grado dependencia II y III. (Departamento de estadística, 2016); haciendo notorio la falta de personal hecho que exige y lleva al profesional de enfermería a verse continuamente en situaciones de estrés y conflictos con familiares, junto con un mal manejo de la inteligencia emocional que se requiere en estas circunstancias, conllevan al personal a ver afectado su salud física o emocional reflejándose en la cantidad de faltas 8% y descansos médicos 15% del total de enfermeras en un mes como promedio. (Personal, 2016).

Problema general.

¿Cuál es la relación entre agotamiento profesional, inteligencia emocional y la Salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora 2016?

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería?

Problema específica 2

¿Cuál es la relación entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería?

Problema específica 3

¿Cuál es la relación entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería?

Problema específica 4

¿Cuál es la relación entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería?

Problema específica 5

¿Cuál es la relación entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el

profesional de enfermería?

Problema específica 6

¿Cuál es la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería?

1.5 Hipótesis.

En el presente estudio se formularon hipótesis de investigación correlacionales. Considerando que las hipótesis son las tentativas del fenómeno investigado formulado como proposiciones. Las hipótesis correlacionales permiten establecer las relaciones existentes entre las variables, especificando no solo si se encuentran vinculadas sino además como están asociadas. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

Hipótesis General

Existe relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016

Hipótesis específicas 1

Existe relación entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de Enfermería.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería.

Hipótesis específica 4

Existe relación entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional

de enfermería.

Hipótesis específica 5

Existe relación entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de enfermería.

Hipótesis específica 6

Existe relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional con la salud general percibida por el personal de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016.

Objetivo específico 1

Determinar la relación entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016.

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016.

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre la atención emocional y la salud percibida por el

profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” 2016.

Objetivo específico 5

Determinar la relación entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” 2016.

Objetivo específico 6

Determinar la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” 2016.

II. Marco Metodológico

2.1. Variables

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “la variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse” (p.93).

Definición conceptual de las variables.

Variable 1: Agotamiento profesional; es una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por presentar agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo. Según Maslach y Jackson (como se citó en Olivarez & Gil-Monte, 2009, p.161).

Variable 2: Inteligencia emocional; es la forma de interactuar con el mundo teniendo en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades como: El control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía y la agilidad mental. Según Goleman (como se citó en Carolina & Leal, 2007, p. 137).

Variable 3: Salud general percibida; es una medida global de salud que abarca diferentes dimensiones de la salud tanto física, emocional, social así como los síntomas y signos biomédicos (como se citó en Girón, 2010, p. 29).

Definición operacional de las variables.

Variable 1: Agotamiento profesional: Se utilizará el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), este instrumento consta de 22 preguntas, con puntuaciones que van del 0 al 6, tiene tres dimensiones:

Agotamiento emocional, que se mide en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13,14, 16,20;en las cuales se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La despersonalización se mide en los ítems 5, 10, 11, 15,22, y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Puntuación máxima 30.

La realización personal se mide en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21 y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Maslach y Jackson (como se citó en Gil -Monte & Peiró, 1999,p.682).

Variable 2: **Inteligencia emocional:** Se utilizará el instrumento TMMS-24 que consta de 24 preguntas con puntuaciones del 1 al 5, este instrumento mide la inteligencia emocional a través de tres dimensiones:

Atención emocional; es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos; cuenta con 8 ítems que va del ítem 1 al 8 con una puntuación máxima de 40.

Claridad emocional; se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones, y cuenta con 8 ítems que van del ítem 9 al 16 con puntuación máxima de 40.

Reparación emocional; es la capacidad del sujeto para interrumpir y regular su estado emocional negativo así como prolongar los positivos; esta dimensión cuenta con 8 ítems ; del ítem 17 al 24 con una puntuación máxima de 40. Fernández, Extremera y Ramos (como se citó en Extremera, Fernández, Mestre & Guil, 2004,pp. 213,216).

Variable 3: **Salud general percibida:** Esta variable se medirá a través de: Los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión para ello se utilizará el instrumento General Health Questionnaire (GHQ-28); este instrumento consta de 28 preguntas; con cuatro alternativas de respuesta según la escala tipo Likert, para la calificación se utilizó el método original de Goldberg que consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas respuestas. (García, 1999, p. 89).

Se tuvo en cuenta que las respuestas correspondieran a las últimas

semanas; según los puntajes obtenidos en cada dimensión se estableció el punto de corte 5/6 (no presenta/ presenta)

Síntomas somáticos de origen psicológico; se refiere al cansancio, fatiga, dolores de cabeza, malestar general; se miden con los ítems A1 hasta el A7,

Ansiedad e insomnio; esta dimensión identifica problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes, irritabilidad, tensión psíquica; se miden con los ítems B1 hasta el B7.

Disfunción Social hace referencia a la incapacidad para tomar decisiones, para el desarrollo organizado del trabajo; se miden con los ítems C1 hasta el C7.

Depresión; hace referencia al estado de ánimo, evaluando de esta manera síntomas depresivos que incluyen hasta ideas suicida; se miden con los ítems D1 hasta el D7. Lobo, Pérez y Artal (como se citó en Feldman et al., 2008, pp. 741-742) (Rios, Peñalver & Godoy, 2008,pp.172-173)

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable agotamiento profesional.

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores	Nivel/rango
Agotamiento emocional	% de personal de enfermería con alto cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14 16-20	0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos.	Bajo ≤ 18 Medio 19-26 Alto ≥ 27
Despersonalización	% de personal de enfermería con baja despersonalización	5-10-11-15-22	2 = Una vez al mes o menos.	Bajo ≤ 5 Medio 6-9 Alto ≥ 10
Realización Personal	% de personal de enfermería con baja realización personal	4-7-9-12-17-18 19-21	3= Unas pocas veces al mes o menos. 4 = Una vez a la semana. 5 = Pocas veces a la semana. 6 = Todos los días.	Bajo ≤ 33 Medio 34-39 Alto ≥ 40

Tabla 2

Operacionalización de la variable Inteligencia emocional.

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores	Nivel/rango
Atención emocional.	% de personal de enfermería con alta atención emocional.	1 al 8	Nada de acuerdo (1) Algo de acuerdo (2) Bastante de acuerdo (3)	Poca atención ≤ 24 Adecuada atención 25-35 Demasiada atención ≥ 36
Claridad de sentimientos.	% de personal de enfermería con baja claridad de sentimientos.	9 al 16	Muy de acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)	Poco ≤ 23 Adecuada claridad 24-34 Excelente claridad ≥ 35
Reparación emocional	% de personal de enfermería con baja reparación emocional.	17 al 24		Poco ≤ 23 Adecuada 24-34 Excelente ≥ 35

Tabla 3

Operacionalización de la variable Salud percibida.

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores	Nivel/rango
Síntomas Somáticos	% de personal de enfermería con altos síntomas somáticos.	A1 al A 7	Mejor que lo habitual (0) Igual que lo habitual (0) Peor que lo habitual (1)	No presenta ≤ 5 Presenta ≥ 6
Ansiedad-insomnio	% de personal de enfermería con baja ansiedad e insomnio.	B1 al B 7	Mucho peor que lo habitual (1)	No presenta ≤ 5 Presenta ≥ 6
Disfunción social	% de personal de enfermería con baja disfunción social	C1 al C7	No en lo absoluto (0) No más que lo habitual (0) Bastante más que lo habitual (1) Mucho más que lo habitual (1)	No presenta ≤ 5 Presenta ≥ 6
Depresión	% de personal de enfermería con baja depresión.	D1 al D7	habitual (1)	No presenta ≤ 5 Presenta ≥ 6

2.3. Metodología

Este estudio responde al método hipotético deductivo,; según Hernández et al.(2010) el análisis inició con ideas preconcebidas basadas en hipótesis formuladas, luego los datos recolectados se trasladaron a una matriz y se procesaron mediante procedimientos estadísticos a fin llegar a conclusiones directas, deduciendo de lo particular a lo general (pp.3,14).

2.4. Tipo de estudio

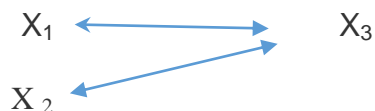
El presente estudio es cuantitativa de alcance correlacional es decir es de enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, a fin de establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández,et al., 2010, p.4), y de

alcance correlacional ya que ofrecerá predicciones, explicará y cuantificarán la relación entre variables. (Hernández,et al., 2010, p.77).De este modo se pretende responder a las preguntas de investigación formuladas inicialmente igualmente se cuantificará cada una de las variables analizándose la vinculación entre ellas.

2.5. Diseño de la investigación

El diseño es no experimental de corte transversal de tipo correlacional causal, es decir no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables solo se les observó para luego analizarlos (Hernández,et al., 2010, p.149).Asi mismo de corte transversal porque se recolectó los datos en un solo momento dado, en un tiempo único, con el propósito de describir las variables analizando la incidencia e interrelación en ese momento dado (Hernández,et al., 2010, p.151) y correlacional causal ya que establece relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar las relaciones causales (Hernández,et al., 2010, p.154)

El presente diseño se aprecia en la siguiente figura:



Dónde: X₁: Es el agotamiento profesional.

X₂: Es la inteligencia emocional.

X₃: Es la salud general percibida.

2.6. Población, muestra y muestreo

Población

La población de estudio es el conjunto de casos que concuerdan con determinadas especificaciones y que deben situarse claramente en torno a sus

características de contenido, lugar y tiempo. (Hernández et al., 2010, p.174).

La población está conformado por todos las enfermeras que laboran en el Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST), que son aproximadamente 205 enfermeras.

Muestra

Es un subgrupo de la población. Es decir es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. (Hernández et al., 2010, p. 175)

La correlación es el método de análisis adecuado cuando se precisa conocer la posible relación entre dos variables. Así, el grado de asociación entre dos variables numéricas puede cuantificarse mediante el cálculo de un coeficiente de correlación. En ese sentido el coeficiente de correlación de Pearson mide el grado de asociación lineal entre dos variables. (Pértegas & Pita ,2001, pp. 209-211).

El cálculo del tamaño de muestra se realizó con la fórmula que establece la significancia del coeficiente de correlación lineal entre dos variables y se esquematiza en el siguiente gráfico:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3 :$$

Donde:

$Z_{1-\alpha/2}$: Valor de la distribución normal para un nivel de confianza de $1 - \alpha$, en este caso se trabajó con un nivel de confianza de 95%

$Z_{1-\beta/2}$: Valor de la distribución normal para poder estadístico de $1 - \beta$, en este caso se trabajó con un poder estadístico de 85%.

r = Coeficiente de correlación, esta correlación se obtienen de los antecedentes

de investigación, en este caso se realizó una muestra piloto de 15 enfermeras donde se encontró una correlación positiva entre agotamiento emocional y la salud percibida ($r=0.365$)

Reemplazando los datos se obtienen una muestra de 92 enfermeras que incluye el 30% de tasa de no respuesta.

Muestreo

En el presente estudio para la selección de la muestra se empleó el muestreo aleatorio sistemático; para ello Hernández et al., (2010) refiere que se elige dentro de la población (N) un número (n) de elementos a partir de un intervalo K”, este intervalo se determina de acuerdo a el tamaño de la población y el tamaño de la muestra. Esto se expresa en la siguiente fracción:

$$K = \frac{N}{n}$$

Donde:

K = un intervalo de selección sistemática.

N = la población.

n = la muestra.

Reemplazando:

$$K = \frac{205}{92}$$

$$K = 2.22 \text{ redondeando } 2$$

Es decir el intervalo $1/K = 2$ indica que cada dos personas se seleccionara hasta completar

$$n = 92 \text{ (pp.184-185).}$$

En consecuencia para este estudio la oficina del Personal civil proporciono el marco muestral de las 205 enfermeras que estuvieron ordenadas de manera

alfabética, el arranque aleatorio fue 1 ($A=1$), y se seleccionó dejando dos enfermeras hasta completar las 92 enfermeras.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables en estudio. (Hernández et al.,2010, p.200).

Para la recolección de datos en el presente estudio se utilizó la encuesta a través de un cuestionario el cual está dividido en cuatro partes:

En la primera parte se considera las características personales del profesional de enfermería: edad, sexo, estado civil, número de hijos, tiempo de servicio en la institución, tiempo de servicio en el área, número de pacientes por servicio, número de enfermeras por turno, tiempo usado para trasladarse de su casa al trabajo, tiene otro centro laboral, tipo de trabajo que realiza en el otro centro laboral, si la institución proporciona estímulos laborales.

En la segunda parte del cuestionario para determinar agotamiento profesional se aplica la escala del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

Ficha técnica: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

Nombre del instrumento: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

Autores: Christina Maslach y Susan Jackson – 1981.

Procedencia: Estados Unidos.

Administración: Individual.

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Se aplica a los profesionales de la salud, en este estudio se aplicó en licenciadas en enfermería que laboran en los servicios de adultos en turnos rotativos de 12 horas (día – noche) en el Centro

Médico Naval.

Adaptación: El Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), Fue adaptado al castellano por Gil- Monte en 1994 y Gil-Monte y Peiró en 1997, para medir el síndrome de Burnout en profesionales de la salud.

Escala y puntuación: Consta de 22 preguntas, con puntuaciones que van del 0 al 6.

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

Rango / nivel: En la evaluación del agotamiento profesional según las dimensiones los niveles son: Bajo, medio y alto; así tenemos los siguiente intervalos.

Tabla 4

Evaluación de las dimensiones del agotamiento profesional según el puntaje obtenido

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤5	6-9	≥10
Realización personal	≤ 33	34-39	≥ 40

10. Significación: Este instrumento mide el nivel del agotamiento profesional por parte de las licenciadas en enfermería.

11. Dimensiones: El instrumento tiene tres dimensiones: Agotamiento emocional, que se mide en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13,14, 16,20. En las cuales se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La despersonalización se mide en los ítems 5, 10, 11, 15,22, y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

La realización personal se mide en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21 y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

En las sub escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de agotamiento profesional; mientras que en la sub escala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de agotamiento profesional.

12. Validez: Este instrumento esta estandarizado por lo que no requiere que en el presente estudio se realice la validez de contenido mediante el juicio de expertos.

13. Confiabilidad: En el presente estudio se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad y se obtuvo un α de Cronbach de 0.728 (ver anexo E); similar resultado determinaron Olivares, Mena y Jélvez (2014) quienes obtuvieron α de Cronbach 0.86 para agotamiento emocional, 0.76 para realización personal en el trabajo y 0.72 para despersonalización .(p. 154); Igualmente según Gil -Monte y Peiró (1999) la confiabilidad para la dimensión agotamiento emocional fue de 0.87,para la dimensión despersonalización fue 0.57 y para la dimensión realización personal fue 0.72.(p. 682); este resultado difiere con lo hallado en el presente estudio en el cual se encontró un $\alpha = 0.589$ para la dimensión agotamiento emocional; para la dimensión despersonalización un $\alpha = 0.94$ y en la dimensión realización personal un $\alpha = 0.716$.

En la tercera parte del cuestionario para determinar la inteligencia emocional se aplica el instrumento Trait Meta-Mood Scale (TMMS).

Ficha técnica: Trait Meta-Mood Scale (TMMS)

Nombre del instrumento: Trait Meta-Mood Scale (TMMS)

Autores: Peter Salovey, John Mayer, Susan Lee, Carolyn Turvey y Tibor Palfai. 1995

Procedencia: Washington: Estados unidos.

Administración: Individual.

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Se aplica a los profesionales de la salud, en este estudio se aplicó en licenciadas en enfermería que laboran en los servicios de adultos en turnos rotativos de 12 horas (día – noche) en el Centro Médico Naval.

Adaptación: el instrumento TMMS-24 fue adaptado y validado al español por Fernández, Extremera y Ramos el 2004 en una muestra de 292 estudiantes universitarios españoles ;84 hombres y 208 mujeres cuyo rango de edad estuvo comprendido entre los 18 a 57 años.

Escala y puntuación: Consta de 24 preguntas con puntuaciones según la escala de

Likert que van del 1 al 5:

1= Nada de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Bastante de acuerdo, 4= Muy de acuerdo y

5= Totalmente de acuerdo

Rango / nivel: Si bien la población estuvo conformada al 100% por mujeres en la evaluación de la inteligencia emocional según las dimensiones se debe de considerar:

Tabla 5

Puntuación de la subescala atención emocional de la TMMS-24 según el sexo

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención ≤ 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención ≤ 24
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención ≥ 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención ≥ 36

Tabla 6.

Puntuación de la subescala claridad de los sentimientos de la TMMS-24 según el sexo

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su claridad ≤ 25	Debe mejorar su claridad ≤ 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
Excelente claridad ≥ 36	Excelente claridad ≥ 35

Tabla 7.

Puntuación de la subescala Reparación emocional de la TMMS-24 según el sexo

Hombres	Mujeres
Debe mejorar su reparación ≤ 23	Debe mejorar su reparación ≤ 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación ≥ 36	Excelente reparación ≥ 35

10. Significación: Este instrumento mide la inteligencia emocional percibida por parte de las licenciadas en enfermería.
11. Dimensiones: El instrumento tiene tres dimensiones: atención emocional cuenta con 8 ítems que va del ítem 1 al 8; claridad emocional con 8 ítems y comprende del ítem 9 al 16 y la dimensión reparación emocional cuenta con 8 ítems y va del ítem 17 al 24.
12. Validez: Este instrumento está estandarizado por lo que no requiere que en el presente estudio se realice la validez de contenido mediante el

juicio de expertos.

13. Confiabilidad: En el presente estudio se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un α de Cronbach de 0.903 (ver anexo I). así mismo se obtuvo un $\alpha=0.876$ en la dimensión atención emocional, una $\alpha = 0.898$ para la dimensión claridad de sentimientos y en la dimensión reparación emocional un $\alpha = 0.861$. Similar resultado obtuvieron Salovey, Mayer, Lee, Turvey y Palfai, (1995), quienes encontraron un $\alpha = 0.86$ en la atención emocional, un $\alpha =0.88$ en la claridad de sentimientos y en la dimensión reparación emocional un $\alpha = 0.82$.(p. 133). Igualmente Fernández, Extremera y Ramos (2004) determinaron un $\alpha = 0.90$ en la atención emocional, un $\alpha =0.90$ en la claridad de sentimientos y en la dimensión reparación emocional un $\alpha = 0.86$. (p. 753).

En la cuarta aparte del cuestionario para medir la salud percibida se utilizó el instrumento de Salud General De Goldberg (GHQ -28).

Ficha técnica: General Health Questionnaire GHQ-28

Nombre del instrumento: General Health Questionnaire GHQ-28

Autor: David Goldberg 1978

Procedencia: Inglaterra

Administración: Individual.

Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Se aplica a los profesionales de la salud, en este estudio se aplicó en licenciadas en enfermería que laboran en los servicios de adultos en turnos rotativos de 12 horas (día – noche) en el Centro Médico Naval.

Adaptación: el instrumento fue adaptado a la versión española por Lobo, Pérez – Echevarría y Artal en 1986.

Escala y puntuación: El instrumento consta de 28 preguntas; con cuatro alternativas de respuesta según la escala tipo Likert (mejor que lo habitual, igual que lo habitual, peor que lo habitual, mucho peor que lo habitual; no en lo absoluto, más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual); y para la calificación se utilizó el método original de Goldberg que

consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. Se tuvo en cuenta que las respuestas correspondieran a las últimas semanas.

Rango / nivel: En la evaluación de la salud general percibida según las dimensiones se estableció el punto de corte 5/6 (no presenta/ presenta) (García, 1999, p. 89).

Significación: Este instrumento mide la salud general percibida por parte de las licenciadas en enfermería del Centro Médico Naval.

Dimensiones: El instrumento tiene cuatro dimensiones: síntomas somáticos que van del ítem A1 al A7; Ansiedad e insomnio del ítem B1 al B7; Disfunción Social del ítem C1 al C7 y finalmente la dimensión depresión del ítem D1 al D7.

Validez: Este instrumento está estandarizado por lo que no requiere que en el presente estudio se realice la validez de contenido mediante el juicio de expertos.

Confiabilidad: En el presente estudio se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un α de Cronbach de 0.832 (ver anexo J). Similar resultado obtuvo García (1999) quien encontró un α de Cronbach de 0.89.

(p. 93). De igual manera Vallejo, Rivera, Esteve y Rodríguez (2014) encontraron un α de Cronbach de 0.941. (p. 106).

2.8. Métodos de análisis de datos.

En el presente estudio para describir los datos, valores o puntuaciones de cada variable se realizó el análisis descriptivo y estos datos se presentaron en tablas de frecuencia, gráficos de barra y sector circular y en las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión tales como la media aritmética y desviación estándar. (Hernández et al., 2010, pp. 287-297).

Igualmente “ para probar las hipótesis y generalizar los resultados obtenidos en la muestra se utilizó la estadística inferencial” (Hernández et al., 2010,p.305), con las variables cuantitativas se contrastó la normalidad y homogeneidad mediante la prueba de normalidad de Kolmogoróv-Smirnov para una muestra; encontrándose que las dimensiones de la variable agotamiento

profesional, inteligencia emocional y salud percibida no siguen una distribución normal por lo que se empleó la prueba estadística no paramétrica, que en este caso fue el coeficiente de correlación por rangos de Spearman. (Hernández et al., 2010,pp.326-327).

El coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman, es una medida de correlación para variables en un nivel de medición ordinal y los individuos u objetos de la muestra pueden ordenarse por rangos, por jerarquías y luego comparar dichos rangos (Hernández et al., 2010,p.332).

En definitiva la correlación estimada entre X e Y se halla calculado el coeficiente de correlación de Pearson para el conjunto de rangos apareados. Sin embargo el coeficiente de correlación de Spearman es recomendable utilizarlo cuando los datos no presentan una distribución normal puesto que los valores externos afectan mucho el coeficiente de correlación de Pearson ante distribuciones no normales.

El cálculo del coeficiente viene dado por:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde $d_i = r_{xi} - r_{yi}$ es la diferencia entre los rangos de X e Y.

Sí las variables cumplen con la normalidad se emplearan las estadísticas paramétricas y si las variables no cumplen con la normalidad se empleara la estadística no paramétrica.

Los cálculos estadísticos e inferenciales se llevaran a cabo con el software estadístico SPSS versión prueba con el nivel de significancia del 5%.

2.9 Aspectos éticos

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta los principios de respeto, beneficencia y justicia con el fin de salvaguardar la integridad de los profesionales involucrados en el estudio. Así mismo se les informó a cada persona sobre su derecho a participar o no en la investigación, se les hizo entrega del consentimiento informado donde se les explicó la naturaleza de la investigación, dejando constancia que su participación es libre y voluntaria, el manejo de la información fue confidencial y anónima.

Así también, se respetó la libertad de las personas para declinar su participación en la investigación, sin que ello genere temor a represalias de cualquier tipo.

En relación a la búsqueda de información y procesamiento de la información, se mantuvo el respeto de los derechos morales de los autores de las investigaciones consultadas, a través de la debida mención y reconocimiento de la autoría.

III. Resultados

Tabla 8

Tabla de frecuencia de enfermeras del Centro Médico Naval según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Con pareja (casados, convivientes)	54	56,8
Sin pareja (solteras, viudas, divorciadas)	41	43,2
Total	95	100,0

En la tabla 8 se presenta la frecuencia de enfermeras según estado civil, en la cual se observa que la mayoría de las enfermeras tienen pareja, lo cual representa el 56.8% de un total de 95 enfermeras encuestadas.

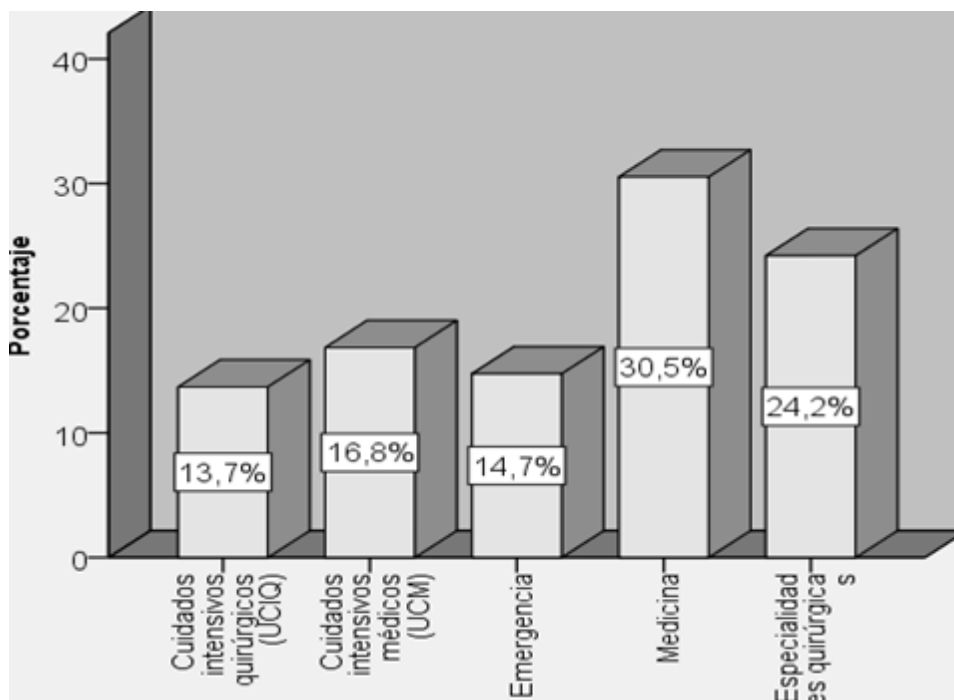


Figura 1. Gráfica de barra de frecuencia de enfermeras según el servicio donde labora

En la figura 1 se presentan la frecuencia de enfermeras según el servicio donde labora, apreciando que la mayoría de las enfermeras labora en el área de Medicina, lo cual representa el 30.5% de un total de 95 enfermeras encuestadas.

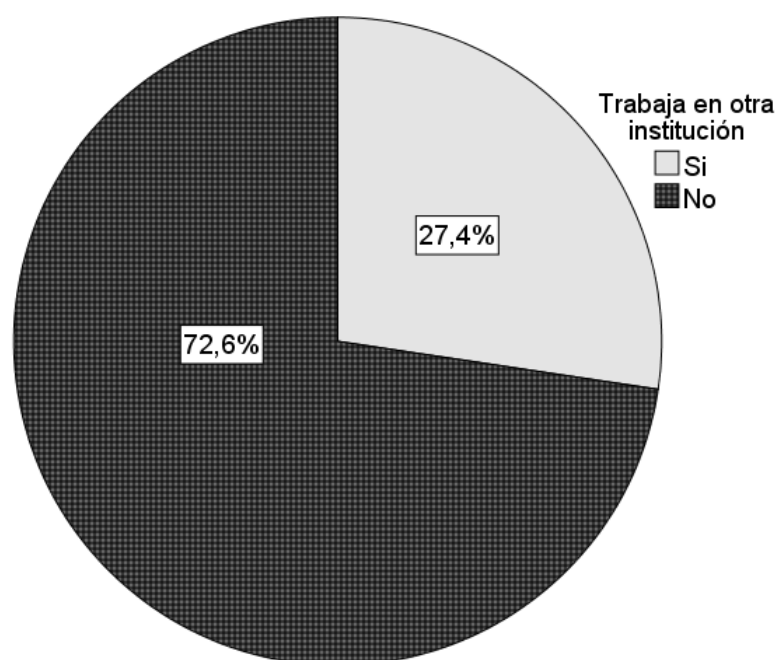


Figura 2. Gráfica de sector circular de la frecuencia de enfermeras según el trabajo en otra institución

En la figura 2 se presenta la frecuencia de enfermeras según el trabajo en otra institución, en la cual se observa la mayoría del personal de enfermería trabaja solo en el Centro Médico Naval lo cual representa el 72.6% de un total de 95 enfermeras encuestadas.

Tabla 9

Estadística descriptiva sobre las características personales e institucionales del personal de enfermería del Centro Médico Naval

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	22	52	39,09	6,7
Número de hijos	0	4	1,52	1,00
Tiempo de servicio en la institución	1	30	14,33	7,86
Tiempo de servicio en el área	1	24	9,25	6,42
Tiempo que demora llegar al trabajo desde su domicilio	15	180	61,42	32,74

En la tabla 9 se presenta la Estadística descriptiva sobre las características personales e institucionales del personal de enfermería. Donde podemos apreciar que la edad promedio de las enfermeras es de 39.09 años con una variabilidad de 6.7 años, la edad mínima y máxima fue de 22 y 52 años respectivamente. Igualmente se aprecia un tiempo promedio en la institución de 14.33 años, con una variabilidad de 7.86

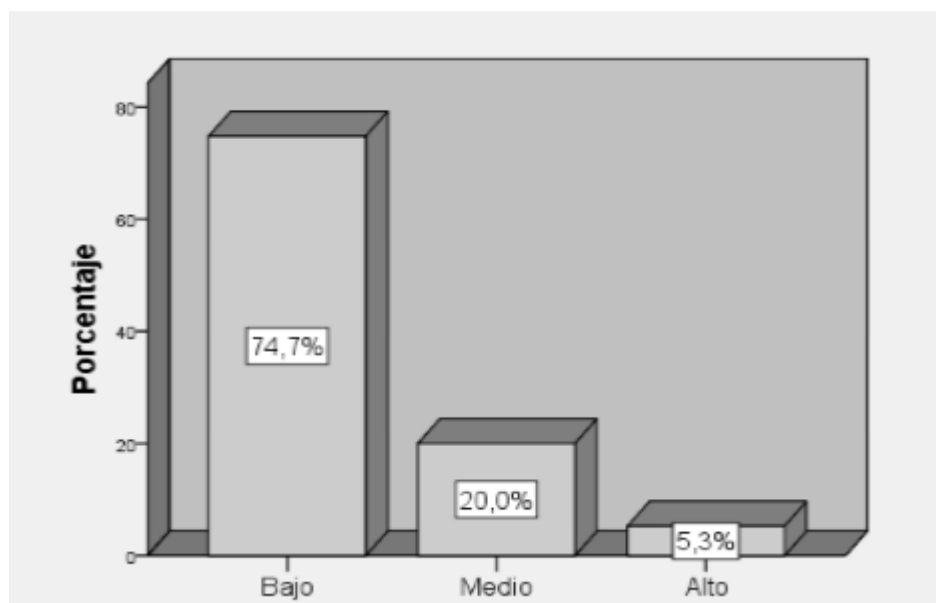


Figura 3. Niveles del agotamiento emocional de las enfermeras

En la figura 3 se presentan la frecuencia de enfermeras según el nivel de agotamiento emocional; en la cual se observa que el 74.7% de enfermeras encuestadas experimenta bajo nivel de agotamiento emocional.

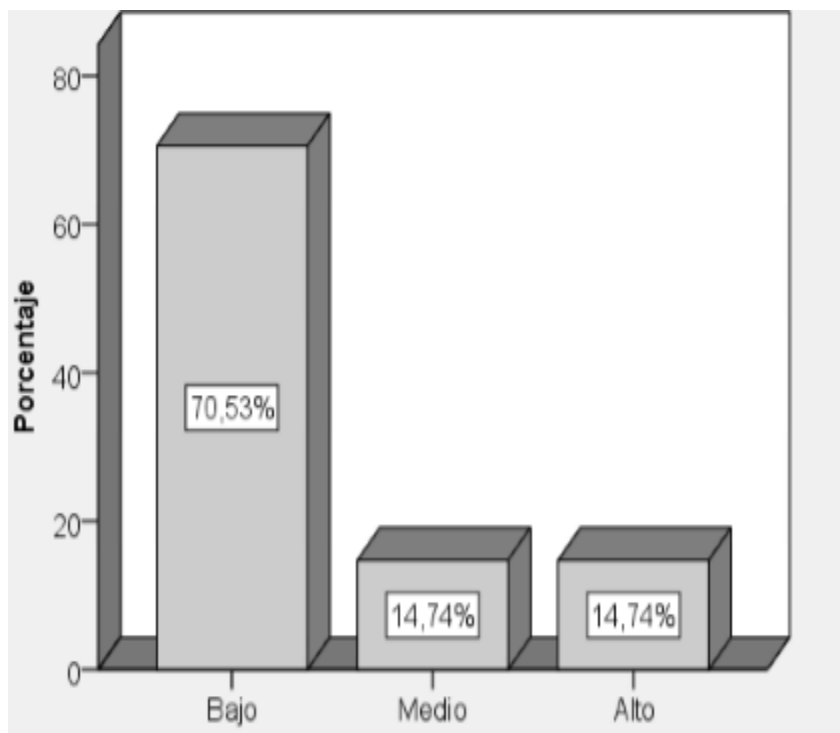


Figura 4. Niveles de despersonalización de las enfermeras

En figura 4 se muestran la frecuencia de enfermeras según el nivel de despersonalización; en la cual se observa que el 70.53 % de enfermeras encuestadas experimenta bajo nivel de despersonalización.

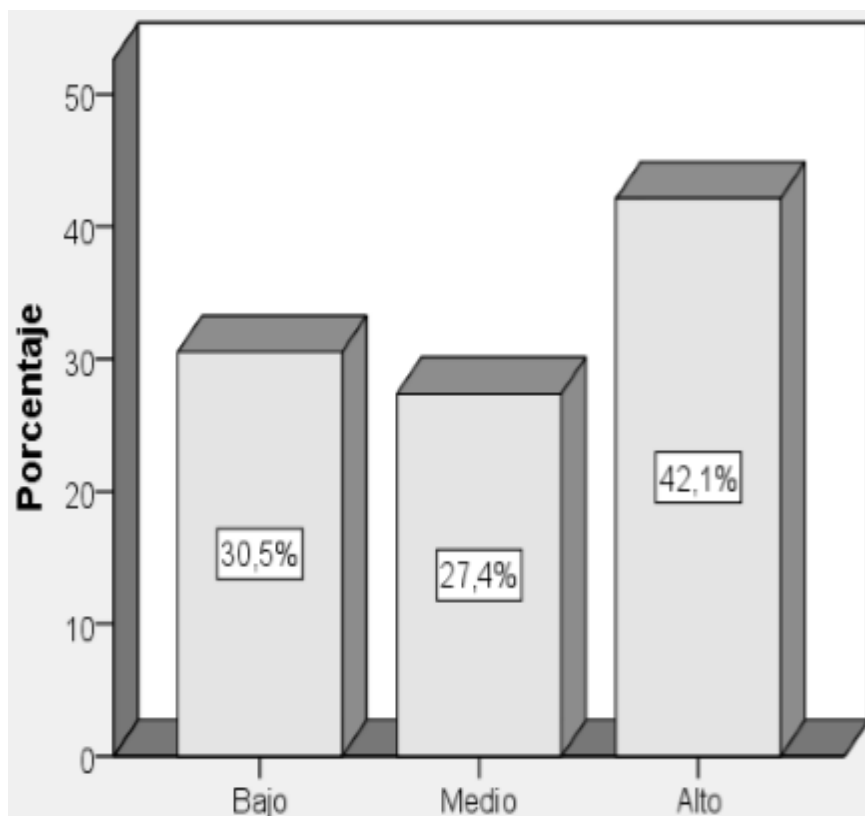


Figura 5. Niveles de realización personal de las enfermeras

En figura 5 se muestra la frecuencia de enfermeras según el nivel de realización personal; en la cual se aprecia que el 42.1% de enfermeras encuestadas experimenta alto nivel de realización personal.

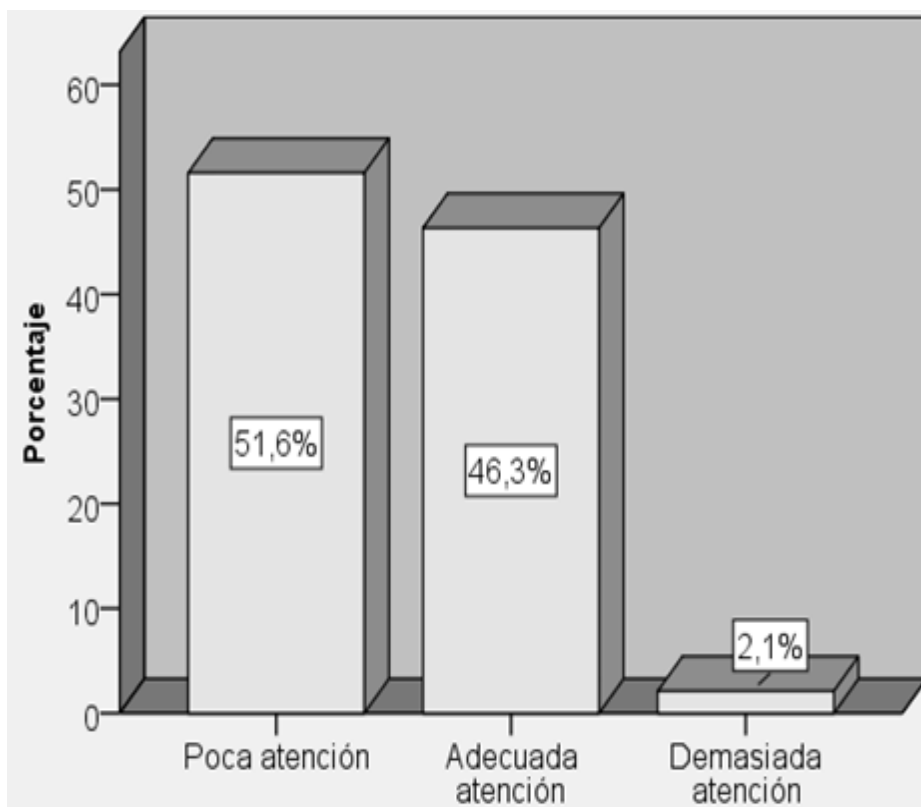


Figura 6. Niveles de atención emocional de las enfermeras

En figura 6 se presenta la frecuencia de enfermeras según el nivel de atención emocional; en la cual se aprecia que el 51.6 % de enfermeras encuestadas manifiesta poca atención emocional.

Tabla 10

Frecuencia de enfermeras según el nivel de claridad de los sentimientos

	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar su claridad	21	22,1
Adecuada claridad	47	49,5
Excelente claridad	27	28,4
Total	95	100,0

En la tabla 10 se muestran la frecuencia de enfermeras según el nivel de claridad de los sentimientos; en la cual se aprecia que el 49.5 % de enfermeras encuestadas manifiesta una adecuada claridad de sus sentimientos.

Tabla 11

Frecuencia de enfermeras según el nivel de reparación emocional

	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar su reparación	8	8,4
Adecuada reparación	56	58,9
Excelente reparación	31	32,6
Total	95	100,0

En la tabla 11 se presentan la frecuencia de enfermeras según el nivel de reparación emocional; en la cual se aprecia que el 58.9 % de enfermeras encuestadas manifiesta una adecuada reparación emocional.

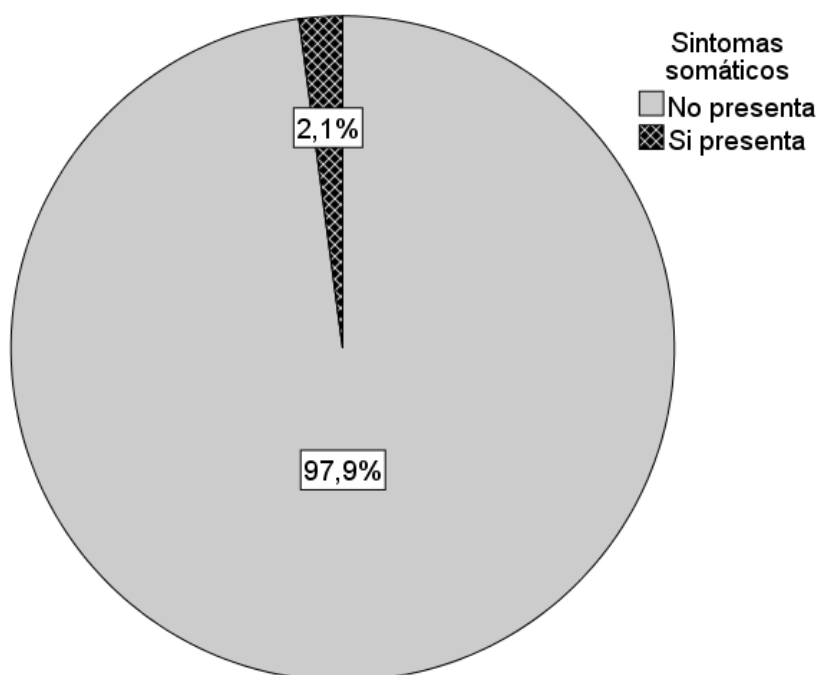


Figura 7. Gráfica de sector circular de la frecuencia de enfermeras según la presencia de síntomas somáticos.

En la figura 7 se muestran la frecuencia de enfermeras según la presencia de síntomas somáticos, en la cual podemos apreciar que el 97.9% no presento síntomas somáticos.

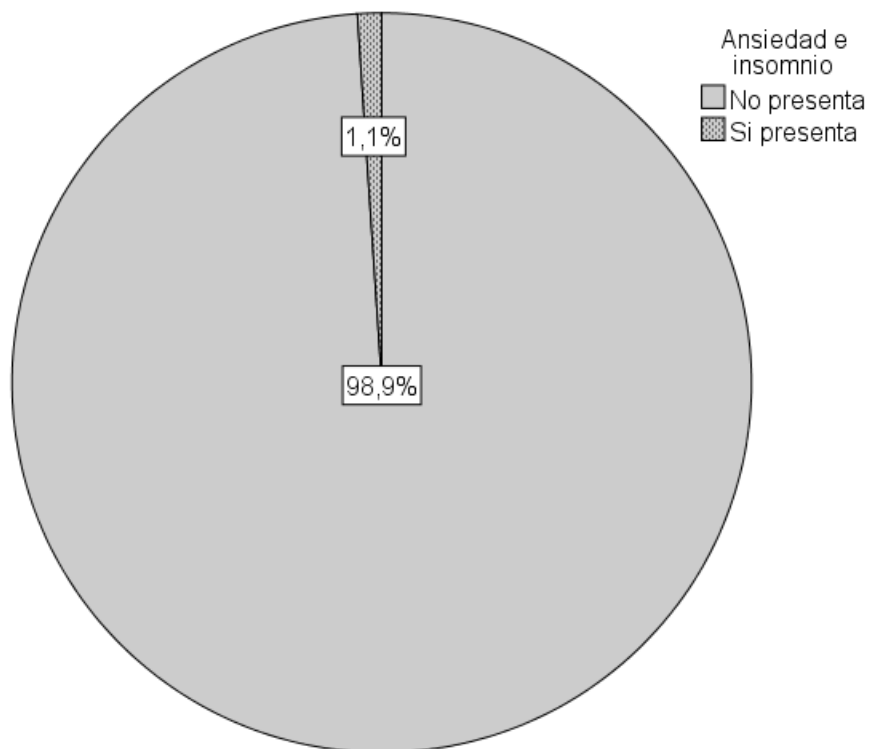


Figura 8. Sector circular de la frecuencia de enfermeras según la presencia de ansiedad e insomnio.

En la figura 8 se muestran la frecuencia de enfermeras según la presencia de ansiedad e insomnio, en la cual se aprecia que el 98.9% no presento ansiedad ni insomnio.

Tabla 12
Estadística descriptiva y Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

	Parámetros normales ^{a, b}		Estadístico de prueba	Sig. asintótica (bilateral) P - valor
	Media	Desviación estándar		
Agotamiento emocional	13,89	8,022	0,076	,200 ^{c, d}
Despersonalización	4,24	4,577	0,239	,000 ^c
Realización personal	36,66	8,053	0,098	,024 ^c
Atención emocional	23	7,15	0,074	,200 ^{c, d}
Claridad de sentimientos	30,16	6,643	0,094	,038 ^c
Reparación emocional	31,71	5,685	0,093	,043 ^c
Síntomas Somáticos	0,76	1,449	0,384	,000 ^c
Ansiedad e insomnio	0,48	1,219	0,475	,000 ^c
Disfunción social	0,34	0,724	0,448	,000 ^c
Depresión grave	0,02	0,144	0,537	,000 ^c
Salud percibida	1,6	3,016	0,298	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

En la tabla 12 ; se presenta la Prueba de normalidad mediante el estadístico paramétrico de Kolmogórov-Smirnov para una muestra, donde se puede apreciar que solo la dimensión agotamiento emocional de la variable agotamiento profesional y la dimensión atención emocional de la variable inteligencia emocional tienen distribución normal ($p \geq 0.05$), el resto de dimensiones no tienen distribución normal ($p < 0.05$). En este estudio para correlacionar las dimensiones de la variable agotamiento profesional e inteligencia emocional, deberían de presentar una distribución normal para usar una estadística paramétrica, sin embargo ocurre que la variable salud percibida no tienen distribución normal, en consecuencia en este estudio se empleó la estadística no paramétrica. Por lo tanto para medir la correlación entre las dimensiones de las variables agotamiento profesional e inteligencia emocional con la salud percibida se empleó el estadístico no paramétrico de coeficiente de correlación de rango de Spearman.

Hipótesis específica 1

H_0 : No existe correlación entre agotamiento emocional y salud percibida.

H_1 : Existe correlación entre agotamiento emocional y salud percibida.

Tabla 13

Coefficiente de correlación de Spearman entre agotamiento emocional y salud percibida.

	de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Agotamiento emocional y salud percibida	0,216*	0.035

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 13, se presenta la Matriz de correlación entre las dimensión agotamiento emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que existe correlación positiva normal y directa entre la dimensión agotamiento emocional y la salud percibida , es decir a mayor agotamiento emocional, menor salud percibida y mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación es estadísticamente significativo ($r=0,216$, $p \leq 0.05$), por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

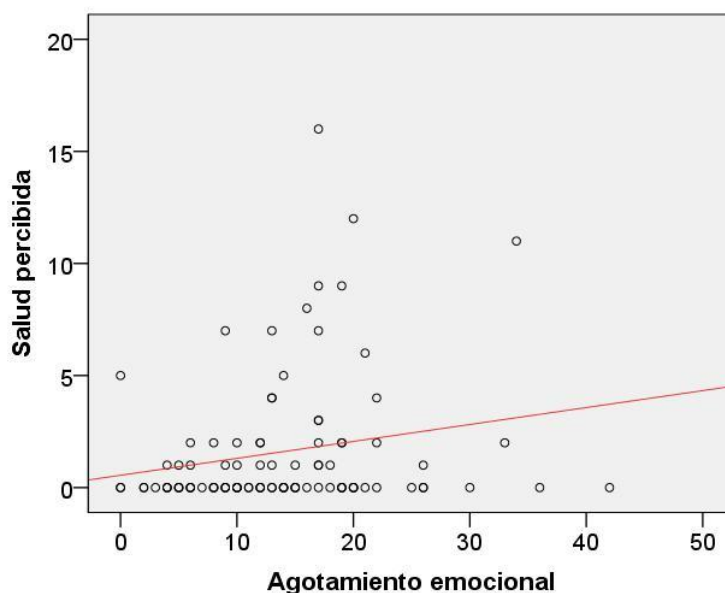


Figura 9. Grafica de dispersión entre agotamiento emocional y salud percibida.

En la figura 9; se presenta la gráfica de dispersión entre las variables agotamiento emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que algunos puntos de dispersión se encuentran en la línea recta, y otros muy cercanas a la línea, lo que indica que los puntos tienen una cierta tendencia lineal positiva, es decir cuando los puntajes de agotamiento se incrementa, el puntaje de salud percibida se incrementa (menor salud percibida).

Hipótesis específica 2

H₀: No existe correlación entre despersonalización y salud percibida.

H₁: Existe correlación entre despersonalización y salud percibida.

Tabla 14

Coefficiente de correlación de Spearman entre despersonalización y salud percibida.

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Despersonalización y salud percibida	0,070	0.503

En la tabla 14, se presenta la matriz de correlación entre las dimensiones despersonalización y salud percibida, donde podemos apreciar que existe una correlación positiva débil y directa entre la dimensión despersonalización y la salud percibida, es decir a mayor despersonalización, menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativa ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

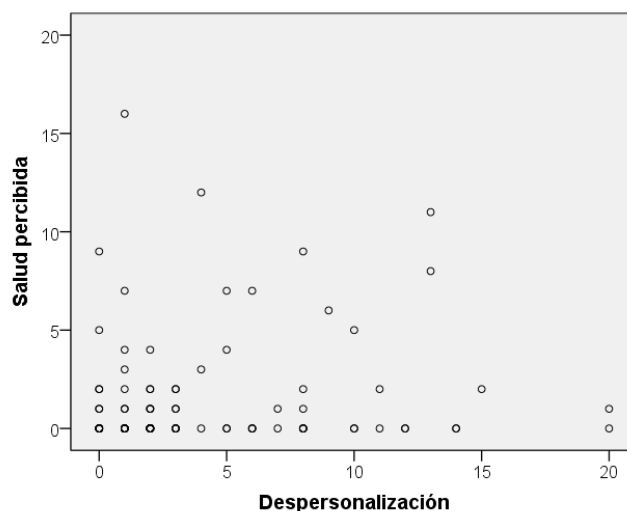


Figura 10. Grafica de dispersión entre despersonalización y salud percibida.

En la figura 10 se presenta la gráfica de dispersión entre las variables despersonalización y salud percibida, donde podemos apreciar que los puntos de dispersión no tienen una tendencia lineal.

Hipótesis específica 3

H_0 : No existe correlación entre realización personal y salud percibida.

H_1 : Existe correlación entre realización personal y salud percibida.

Tabla 15

Coefficiente de correlación de Spearman entre realización personal y salud percibida.

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Realización personal y salud percibida	0,030	0.775

En la tabla 15, se presenta la Matriz de correlación entre la dimensión realización personal y salud percibida, donde podemos apreciar que existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión realización personal y la salud percibida, es decir a menor realización personal, menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo

($r=0,030$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

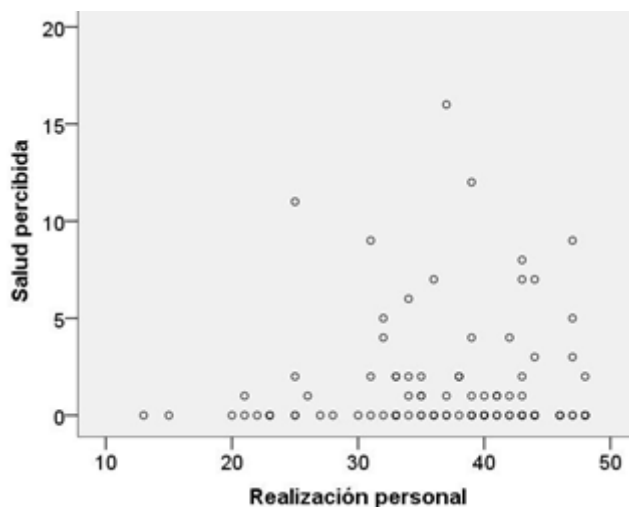


Figura 11. Grafica de dispersión entre realización personal y salud percibida.

En la figura 11 se presenta la gráfica de dispersión entre las variables realización personal y salud percibida, donde podemos apreciar que los puntos de dispersión no tienen una tendencia lineal.

Hipótesis específica 4

H_0 : No existe correlación entre atención emocional y salud percibida.

H_1 : Existe correlación entre atención emocional y salud percibida.

Tabla 16

Coefficiente de correlación de Spearman entre atención emocional y salud percibida.

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Atención emocional y salud percibida	0,030	0.775

En la tabla 16; se presenta la Matriz de correlación entre las dimensión atención emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que existe correlación positiva débil y directa entre la atención emocional y la salud percibida, es decir a mayor atención emocional, menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se

encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,076$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

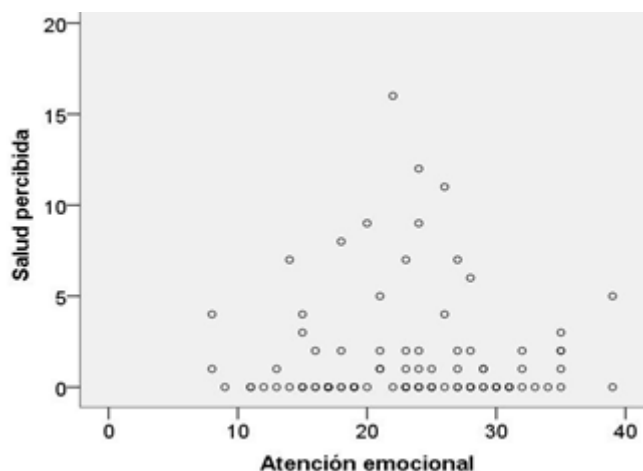


Figura 12. Gráfica de dispersión entre atención emocional y salud percibida.

En la figura 12 se presenta la gráfica de dispersión entre las variables atención emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que los puntos de dispersión no tienen una tendencia lineal.

Hipótesis específica 5

H_0 : No existe correlación entre claridad de los sentimientos y salud percibida

H_1 : Existe correlación entre claridad de los sentimientos y salud percibida.

Tabla 17

Coeficiente de correlación de Spearman entre claridad de los sentimientos y salud percibida.

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Claridad de los sentimientos y salud percibida	-0,161	0.119

En la tabla 17 ;se presenta la correlación entre las dimensión claridad de los sentimientos y salud percibida, donde podemos apreciar que existe correlación

negativa débil e inversa entre la dimensión claridad de los sentimientos y la salud percibida, es decir a mayor claridad de los sentimientos, mejor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = -0,161$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

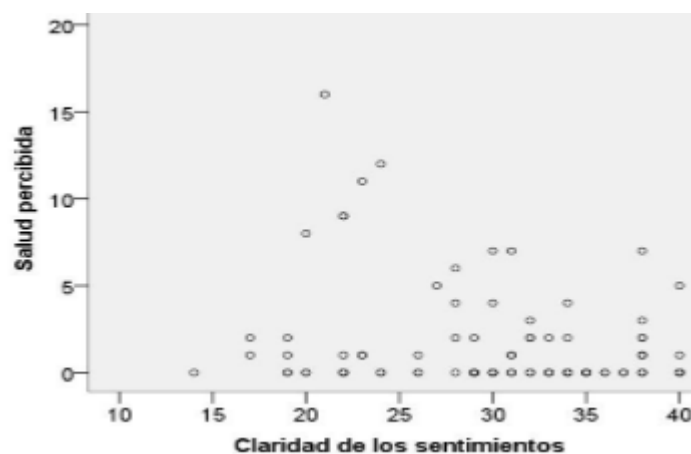


Figura 13. Gráfica de dispersión entre claridad de los sentimientos y salud percibida.

En la figura 13 se presenta la gráfica de dispersión entre las variables claridad de los sentimientos y salud percibida, donde podemos apreciar que los puntos de dispersión no tienen una tendencia lineal.

Hipótesis específica 6

H_0 : No existe correlación entre reparación emocional y salud percibida.

H_1 : Existe correlación entre reparación emocional y salud percibida.

Tabla 18

Coeficiente de correlación de Spearman entre reparación emocional y salud percibida.

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Reparación emocional y salud percibida	-0,170	0.100

En la Tabla 18; se presenta la correlación entre la dimensión reparación emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que existe correlación positiva débil e inversa entre la dimensión reparación emocional y la salud percibida, es decir a menor reparación emocional menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = -0,170$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

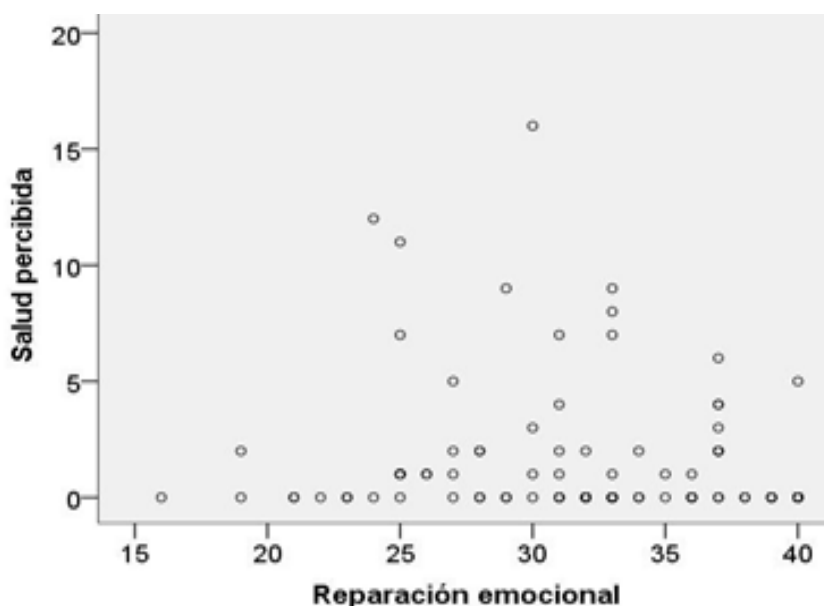


Figura 14. Grafica de dispersión entre reparación emocional y salud percibida.

En la figura 14 se presenta la gráfica de dispersión entre las variables reparación emocional y salud percibida, donde podemos apreciar que los puntos de dispersión no tienen una tendencia lineal.

IV. Discusión

De los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta el problema, los objetivos y las hipótesis de investigación, se establece:

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016. En este estudio se encontró que de la variable agotamiento profesional; solo el agotamiento emocional influye de manera directa con la salud percibida; diferente resultado encontró Sanclemente, Elboj e Iñiguez (2014) en el estudio “Burnout en los profesionales de Enfermería en España: Estado de la Cuestión” en cual observaron una alta incidencia del síndrome con porcentajes de 18 a 33% en la profesión de enfermería debido a las características de su profesión, estas cifras demuestran la magnitud de prevalencia y riesgo para la salud de las enfermeras. Así mismo Santivañez (2016) en su estudio titulado “Burnout y Salud en profesionales de Enfermería de un Hospital Nacional de Huancayo” determinó que las tres dimensiones del síndrome de Burnout se relacionan significativamente con la salud mental manteniendo una correlación alta e inversa con las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable inteligencia emocional y la salud percibida por la enfermera del Centro Médico Naval no se encontró significancia estadística ($p \geq 0.05$); este resultado no guarda relación con lo encontrado en el metaanálisis realizado por Martins, Ramalho y Morin (2010) titulado “A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health” en la cual hallaron una fuerte asociación entre inteligencia emocional y salud percibida.

En cuanto a la relación entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería; se determinó una correlación positiva normal y directa con la salud percibida; es decir a mayor agotamiento emocional, menor salud percibida, esto se estableció mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de rho de Spearman ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); así mismo se encontró que el 74.7% de las encuestadas presentaron bajo agotamiento emocional y solo el 5.3% presento alto agotamiento emocional; similar resultado

encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" en el cual encontraron un 67.4% de enfermeras con bajo agotamiento emocional, no obstante entre agotamiento emocional alto y moderado representaron el 32.6% de enfermeras de cuidados intensivos. A diferencia de Ayala (2013) en su estudio "Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú "en el cual solo el 25% presento bajo agotamiento emocional frente a un 75% de encuestados que oscilan entre medio a alto agotamiento emocional. Este hecho podría deberse a que el personal de enfermería del Centro Medico Naval hace un mayor uso de su mecanismo de afrontamiento frente a las situaciones de estrés o tensión lo cual le ha permitido sobrellevar el desgaste ya sea a nivel físico, emocional o conductual.

En relación al objetivo; Determinar la relación entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería. se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión despersonalización y la salud percibida, es decir a mayor despersonalización, menor salud percibida, sin embargo en el presente estudio mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$). Así mismo se encontró que un 70.5% de las encuestada presento baja despersonalización frente a un 14.7% con alta despersonalización ; Similar resultado encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" identificando a un 65.1% con riesgo bajo de despersonalización y el 16.3% tienen riesgo alto de presentar despersonalización. A diferencia de Apari (2012) en su estudio "síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería del Hospital Rezola – Cañete" determinó que el 76% de las encuestadas tienen bajo nivel de despersonalización y solo un 4% un alto nivel de despersonalización. Este resultado podría estar en relación con el incremento en la afluencia de pacientes y el mayor requerimiento de camas hospitalarias.

En cuanto al objetivo: Determinar la relación entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente estudio se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión realización personal y la salud percibida, es decir a menor realización personal, menor salud percibida, no obstante mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,030$, $p \geq 0.05$). Así mismo se encontró que un 30.5% de las encuestadas presentan baja realización personal y 42.1% con alta realización personal; similar resultado encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" donde identificaron que el 37.2% presentó baja realización personal y un 27.9% alta realización personal. Es decir un porcentaje importante del personal de Enfermería de la institución percibe que con su labor desempeñada hasta el momento todavía no ha logrado una adecuada realización personal.

Del objetivo determinar la relación entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la atención emocional y la salud percibida, es decir a mayor atención emocional, menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,076$, $p \geq 0.05$). Así mismo se encontró que el 46.3% de las encuestadas presentó una adecuada atención emocional, similar resultado encontró Celestino (2013), en su estudio "Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General" encontrando a un 42% de encuestados con una adecuada atención emocional. A diferencia de Meléndez (2013) quien en su estudio "Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros" encontró que un 66% de encuestados presta poca atención a sus emociones.

Al respecto del objetivo determinar la relación entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente

estudio se encontró que existe correlación negativa débil e inversa entre la dimensión claridad de los sentimientos y la salud percibida, es decir a mayor claridad de los sentimientos, mejor salud percibida, sin embargo mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = -0,161$, $p \geq 0.05$), Así mismo se encontró que un 22.1% de las encuestadas deben de mejorar su claridad de los sentimientos, similares resultados encontró Celestino(2013), en su estudio “ Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General” en la cual el 50% de los encuestados tuvieron una adecuada claridad de los sentimientos y un 31% debe de mejorar su claridad de sentimientos. Resultado diferente obtuvo Meléndez (2013) quien en su estudio “Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros” encontró que un 40% debe de mejorar la claridad de sus sentimientos.

Al respecto del objetivo: Determinar la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente estudio se encontró que existe correlación positiva débil e inversa entre la dimensión reparación emocional y la salud percibida, es decir a menor reparación emocional menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = - 0,170$, $p \geq 0.05$). Igualmente se encontró que 58.9% de las encuestadas presentan una adecuada reparación emocional y solo el 8,4% debe mejorar su reparación emocional. Contrario a lo encontrado por Celestino (2013), en su estudio “Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General” en la cual identifiqué que el 16% debe mejorar su reparación emocional. Este resultado difiere con lo hallado por Meléndez (2013) quien en su estudio “Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros” determinó que el 46% de sus encuestados tiene una inadecuada reparación emocional.

v. **Conclusiones**

En el presente estudio tenemos las siguientes conclusiones:

Primera: El objetivo de estudio fue analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016. En el presente estudio se encontró que de la variable agotamiento profesional; solo el agotamiento emocional influye de manera directa con la salud percibida. En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable inteligencia emocional y la salud percibida por la enfermera del Centro Médico Naval no se encontró significancia estadística ($p \geq 0.05$)

Segunda: Se encontró relación estadísticamente significativa ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería; es decir cuanto mayor agotamiento emocional, menor salud percibirá el profesional.

Tercera: No se encontró relación estadísticamente significativa entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$).

Cuarta: No se estableció relación estadísticamente significativa entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,030$, $p \geq 0.05$).

Quinta: No hay relación estadísticamente significativa entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,076$, $p \geq 0.05$).

Sexta: No se encontró relación estadísticamente significativa entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de ($r = -0,161$, p

≥ 0.05),

Septima: En el presente estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = - 0,170$, $p \geq 0.05$)

VI. Recomendaciones

En el presente estudio tenemos las siguientes recomendaciones:

Primera: La directiva del Centro Médico Naval debe de continuar fomentando la identificación con la institución y sus valores para que el personal de enfermería continúe brindando una atención humanizada al paciente ya que como hemos podido demostrar que conforme pasan los años en la institución el personal no presenta altos porcentajes de despersonalización.

Segunda: El departamento de capacitación de la institución fomente el desarrollo de talleres de inteligencia emocional que permitan en el personal un manejo adecuado de sus emociones lo cual le permita mantener un estado de ánimo positivo durante su jornada laboral, brindando su atención con el trato humano y cálido que caracteriza al personal naval.

Tercera: La jefatura del departamento de Enfermería debe evaluar permanentemente la distribución del personal acorde a la norma de gestión de la calidad del cuidado enfermero emitido el 2008, teniendo en cuenta que actualmente en las unidades de hospitalización hay aumento en la demanda de pacientes con enfermedades no transmisibles, adultos mayores con mayor grado de dependencia.

Cuarta: Es necesario que las jefaturas de cada servicio promuevan actividades de unión grupal ya sea mediante actividades deportivas o recreativas que permita mejorar los lazos de amistad y trato cordial entre colegas y de esta forma hacer frente al agotamiento profesional y contar con ayuda sincera de las personas.

Quinta. El personal de Enfermería debe tener pleno conocimiento de las normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero emitido por el colegio de enfermeros del Perú el año 2008, el cual establece la distribución del personal según la dependencia del paciente a fin de que el usuario reciba una atención de calidad; evitando la recarga

laboral en el personal hecho que posteriormente se traduciría en agotamiento profesional.

VII. Referencias

- Abreu, F. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Multiciencia*, 11(4), 370-377. Recuperado el 10 de junio de 2013, de <https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&q=S%C3%ADndrome+de+agotamiento+emocional+en+profesionales+de+la+Unidad+de+Cuidados+Intensivos.&btnG=&lr=>
- Acurio, H., & Cordoba, M. E. (2014). *Valoración del Síndrome de Burnout en la Salud de las Enfermeras de Cuidados Intensivos del Hospital Eugenio Espejo*. (Tesis de post grado), Universidad Central de Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado el 10 de junio de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Valoraci%C3%B3ndel+Síndrome+de++Burnout+en+la+Salud+de+las+Enfermeras+de+Cuidados+Intensivos+del++Hospital+Eugenio+Espejo&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Albedín, L., Gómez, J. L., Cañadas de la Fuente, Cañadas, G., San Luis, C., & Aguayo, R. (2016). Prevalencia Bayesiana y niveles de Burnout en Enfermeras de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. Recuperado el 21 de noviembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80544784007>
- Alonso, J., Anto, J. M., & Moreno, C. (junio de 1990). Spanish version of the Nottingham health profile: Translation and preliminary validity. *Revista American Journal of Public Health*, 80(6), 704-708. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1404742/pdf/amjph00219-0056.pdf>
- Alvarez Gallego, E., & Fernandez Rios, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional(I): revisión de estudios. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <https://scholar.google.com.pe/scholar?q=El+Síndrome+de%22+Burnout%2>

2+o+el+desgaste+profesional%28I%29%3A+revisi%C3%B3n+de+estudios
&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Apari Palomino, O. (2012). Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería del Hospital "Rezola"-Cañete, febrero-julio, 2012. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 8(2), 121-135. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/684>

Arias Gallegos, W., & Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 559-575. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=S%C3%ADndrome+de+Burnout+en+el+personal+de+enfermer%C3%ADa+de+Arequipa&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Ayala Cárdenas, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post grado, Lima. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf

Bajo Gallego, Y., & Gonzáles Hervias, R. (diciembre de 2014). Gestión Sanitaria: La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero. *Revista Metas de Enfermería*, 17(10), 12-16. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80677/>

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychological Association*, 44(9), 1175-1184. Recuperado el 7 de diciembre de 2016, de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>

Bar-On, R. (2006). Model of emotional - social intelligence (ESI). *Psicothema*,

18(suplemento), 13-25. Recuperado el 10 de junio de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Model+of+emotional+-+social+intelligence+%28ESI%29&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Bennett, L., Miller, D., & Ross, M. (1995). *Health Workers and AIDS research intervention and current issues in Burnout and response*. Switzerland: Harwood Academic Publishers. Recuperado el 15 de junio de 2016, de <https://www.google.com/search?tmb=bks&q=Health+Workers+and+AIDS+r+research+intervention+and+current+issues+in+Burnout+and+response#tmb=bks&q=Bennett%2C+Lydia%3B+Miller%2C+David%3B+Ross%2C+Michael>

Bradberry, T., & Greaves, J. (2012). *Inteligencia emocional 2.0: Estrategias para conocer y aumentar su coeficiente*. (G. B. Ana, Trad.) España: Editorial Conecta. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=HbGgKLHzMcMC&printsec=frontcover&dq=inteligencia+emocional&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=inteligencia%20emocional&f=false

Burke, R. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *SAGE Journals*, 12(2), 174 - 188. Recuperado el 20 de junio de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Burnout+in+police+work%3A+An+examination+of+the+Cherniss+model&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Cañadas, G., San Luis, C., Lozano, L., & Vargas, C. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 46-48. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Evidencia+de+validez+factorial+del+Maslach+Burnout+Inventory+y+estudio+de+los+niveles+de+burnout+en+profesionales+sanitarios&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Carolina Araujo, M., & Leal Guerra, M. (2007). Inteligencia emocional y desempeño laboral en las instituciones de educación superior públicas. *Revista del Centro de Investigación de Ciencias Administrativas*, 4(2), 132-

147. Recuperado el 10 de junio de 2016, de <https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&q=inteligencia+emocional+y+desempe%C3%B1o+laboral&btnG=&lr=>

Celestino Sánchez, A. M. (2013). *Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud Percibida*. (tesis doctoral), Universidad de Salamanca, Departamento de estadística, Provincia de Salamanca ,España. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/121422/DES_Celestino_SanchezMiguelAngel_Tesis.pdf?sequence=1

Cherniss, C., & Goleman, D. (2001). *The emotionally intelligent work place: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations*. San Francisco: Editorial Jossey - Bass a Willey Company. Recuperado el 25 de noviembre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=rnfFFRH6oOsC&printsec=frontcover&dq=the+emotionally+intelligent+social+worker&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=the%20emotionally%20intelligent%20social%20worker&f=false

Claramunt, M. C. (1999). Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. *Serie género y Salud Pública* (págs. 1-70). San Jose, Costa Rica: OPS. Recuperado el 13 de setiembre de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Guia+para+el+autocuidado+de+quienes+trabajan+en+el+campo+de+la+violencia+intrafamiliar&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

De pablo Hernandez, C. (2007). El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing (Edición Española)*, 25(8), 60-65. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538207709792>

Delgado Vásquez, A. (2003). El Síndrome del "Burnout" en profesores de

educación secundaria en Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 6(2), 26-47. Recuperado el 19 de agosto de 2016, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/5149>

Departamento de estadística. (2016). *informe anual*. Centro Médico Naval, Bellavista Callao.

Departamento de Hospitalización. (2015). *Estancia hospitalaria*. estadística anual , Centro Médico Naval, Hospitalización, Bellavista Callao. Recuperado el 15 de noviembre de 2016

Dueñas Buey, M. L. (2002). Importancia de la inteligencia emocional:un nuevo reto para la orientación educativa. *Revista Educación XX1*(5), 77-96. Recuperado el 18 de setiembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600505>

Espinoza Venegas, M., Sanhueza Alvarado, O., Ramirez Elizondo, N., & Sáez Carrillo, K. (enero - febrero de 2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de Enfermería. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 23(1), 139-147. Recuperado el 18 de setiembre de 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00139.pdf

Esteras Peña, J. (2015). *Estudio psicopatológico sobre el Síndrome de Burnout en los docentes*. (Tesis de Doctoral), Universidad Nacional de Educación a Distancia, Departamento de Psicología de la personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos , Madrid, España. Recuperado el 20 de setiembre de 2016, de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Jesteras/ESTERAS_PENA_Jesus_Tesis.pdf

Extremera Pacheco, N., & Fernández Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales:Una revisión de los estudios con el TMMS. *Boletín de Psicología Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 101-122. Recuperado el 25 de setiembre de 2016, de <http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/Trait%20Meta%20Mood%20Revie>

w%20(2005).pdf

Extremera Pacheco, N., & Rey, L. (enero -abril de 2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout ,engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*(342), 239-256. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de http://www.revistaeducacion.educacion.es/re342/re342_12.pdf

Extremera Pacheco, N., Fernández Berrocal, F., Mestre Navas, J., & Guil Bozal, R. (2004). Medidas de la Inteligencia Emocional. *Revista Iationamericana de Psicología*, 36(2), 209-228. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536203>

Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G., Zaragoza, J., Bages, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico,apoyo social,salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios Venezolanos. *Revista Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751. Recuperado el 20 de setiembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11>

Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (Diciembre de 2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 19(3), 63-93. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005>

Fernández Berrocal, P., Extremera Pacheco, N., & Ramos, N. (junio de 2004). Validity and Reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Revista Psychological Reports*, 1, 751-755. Recuperado el 27 de junio de 2016, de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.94.3.751-755>

Gabel Shemueli, R. (2005). *Inteligencia emocional:Perspectivas y aplicaciones ocupacionales*. Documentos de trabajo número 16, Universidad ESAN, Surco ,Perú. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://www.esan.edu.pe/publicaciones/2009/12/07/DocTrab16.pdf>

- Gálvez Herrer, M., Moreno Jiménez, B., & Mingote Adán, J. C. (2011). *El desgaste del profesional médico:Revisión y guía de buenas prácticas.El vuelo de Ícaro*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de [https://books.google.com.pe/books?id=UbF6LTpclSEC&pg=PA279&lpg=PA279&dq=A+social+competence+model+burnout.+En+B.A.+Farber+\(Ed.\),+Stress+and+burnout+in+the+human+services+professions&source=bl&ots=AldxTbAyg&sig=8_rMXZyumBgBWSR3Y6tQ5J997iw&hl=es&sa=X&ved=0](https://books.google.com.pe/books?id=UbF6LTpclSEC&pg=PA279&lpg=PA279&dq=A+social+competence+model+burnout.+En+B.A.+Farber+(Ed.),+Stress+and+burnout+in+the+human+services+professions&source=bl&ots=AldxTbAyg&sig=8_rMXZyumBgBWSR3Y6tQ5J997iw&hl=es&sa=X&ved=0)
- Garcés de los Fayos Ruiz, E., & Vives Benedicto, L. (2003). Hacia un modelo teórico explicativo de Burnout en deportistas:Una propuesta integradora. *Revista de Psicología y psicopedagogía*, 2(2), 221-242. Recuperado el 18 de setiembre de 2016, de scholar.google.es/scholar?q=FASES+BURNOUT+SEGUN+CHERNISS
- García Viniegas, C. V. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Goldberg:Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n1/mgi10199.pdf>
- García Fernández, M., & Giménez Mas, S. I. (Septiembre de 2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos:propuesta de un modelo integrador. *Espiral cuadernos del profesorado:Revista Digital del centro del profesorado Cuevas*, 3(6), 43-52. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3736408.pdf>
- Gil - Monte, P. (30-31 de Agosto de 2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. *Revista electronica Interacao,Psy*, 1(1), 19-33. Recuperado el noviembre de 2016, de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Gil - Monte, P., & Peiró, J. M. (1999(a)). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. *Revista Anales de Psicología*, 15(2), 261-268. Recuperado el 20 de agosto de 2016, de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/30161/29361>

- Gil Monte, P., & Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo :grupos profesionales en riesgo*. Madrid: Ediciones Pirámide. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de <https://books.google.com.pe/books?id=YXLMLAAACAAJ&dq=El+síndrome+de+quemarse+por+el+trabajo+:grupos+profesionales+en+riesgo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjY5dLgqNLRAhXJKyYKHUvRDU0Q6AEIGjAA>
- Gil -Monte, P., & Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Revista Psicothema*, 11(3), 679-689. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7551>
- Gil-Monte, P., & Marrucco, M. (2008). Prevalencia del "Síndrome de quemarse por el trabajo" (Burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista Saúde Pública*, 42(3), 450-456. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32451>
- Girón Gaviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. (tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Madrid. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. (F. Mora, & D. González Raga, Trads.) Barcelona, España: Editorial Kairos S.A. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de http://pmayobre.webs.uvigo.es/master/textos/evangelina_garcia/practica_inte_emocional.pdf
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia Emocional* (Vol. Septuagésima edición). (D. González Raga, & F. Mora, Trads.) Barcelona: Kairos. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=x8cTlu1rmA4C&printsec=frontcover&dq=inteligencia+emocional&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=inteligencia%20emocional&f=false
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of Progressive

Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in od Research and Praxis. *Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/002188638301900408>

Gómez Gras, J. M., Galiana Lapera, D. R., López Martínez, D., & León Espí, D. (2011). *Empleabilidad 2.0: 3ª Guía de orientación Universitaria para el empleo*. (Universidad Miguel Hernández de Elche ed.). Alicante, España: Libecrom. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de <http://observatorio.umh.es/files/2011/06/2011-empleabilidad-20.pdf>

Gómez Ortiz, V. (octubre a diciembre de 2008). Factores psicosocialesw del trabajo y su relación con la salud percibida y la tensión arterial:un estudio con maestros escolares en Bogotá,Colombia. *Revista Ciencia & Trabajo*, 10(30), 132-137. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30899883/pagina132.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484931016&Signature=rFcn6SScloUmThcBWr4bw%2BLTwWE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFactores_Psicosociales_del_Trabajo_

Gonzáles Barón, M., Lacasta Reverte, M. A., & Ordóñez, G. A. (2008). *El Síndrome de agotamiento profesional en Oncología*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=cAwW8nUg_0YC&pg=PA52&dq=maslach+1981&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=maslach%201981&f=false

Gonzáles Rodriguez, O. (2009). *Análisis y validación de un cuestionario de inteligencia emocional en diferentes contextos deportivos*. (tesis doctoral), San sebastian,España. Recuperado el 10 de diciembre de 2016, de <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=validez+factorial+del+EQ+Map+de+Oriolo+y+Cooper>.

- Grao Castellote, C. M. (2002). *El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud SF-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes*. (tesis doctoral), Universitat de Valencia, Departamento de Salud Preventiva y Salud Pública, Valencia. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10073/grao.pdf>
- Grisales, H., Muñoz, Y., Osorio, D., & Robles, E. (enero de 2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia. *Enfermería Global*, 15(1), 244-257. Recuperado el 5 de agosto de 2016, de <http://repository.ut.edu.co/handle/001/1161>
- Harrison, M., Loiselle, C., Duquette, A., & Semenic, S. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of advanced nursing*, 38(6), 584-591. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Hardiness%2C+work+support+and+psychological+distress+among+nursing+assistants+and+registered+nurses+in+Quebec&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta edición ed.). México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores.
- Hernández Vargas, C. I., & Dickinson Bannack, M. E. (31 de Marzo de 2014). Importancia de la Inteligencia Emocional en Medicina. *Revista en Educación Médica*, 3(11), 155-160. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733966006>
- Hunt, S., Mc Kenna, Mc Ewen, Williams, J., & Papp, E. (mayo de 1981). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Revista Social Science & Medicine: Part A : Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(issue 3, part 1), 221-229. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0271712381900055>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. (2006). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, Madrid, España. Recuperado el 18 de setiembre de 2016, de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

Jélvez Wilke, C., & Ibáñez Román, J. P. (julio-setiembre de 2011). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciencia & Trabajo*, 12(41), 176-180. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=validez+y+fiabilidad+del+MBI&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKEwj0rIP2gYLSAhUKOSYKHSUNBf8QgQMIGTAA

Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Canadá: Minister of Supply and services. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process. En M. Leiter, *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (págs. cap.14, 237-250). Londres: Taylor & Francis. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44023500/Burnout_as_a_developmental_process_Consi20160323-24050-17t5omz.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484200737&Signature=Bvdc4eXJRyVxKhwe3r9amK4jzXo%3D&response-content-disposition=inline%](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44023500/Burnout_as_a_developmental_process_Consi20160323-24050-17t5omz.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484200737&Signature=Bvdc4eXJRyVxKhwe3r9amK4jzXo%3D&response-content-disposition=inline%20)

Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308. Recuperado el 13 de octubre de 2016, de

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030090402/pdf>

Lemus Nolasco, M. Y. (2014). *Síndrome de Burnout en médicos residentes de primer año, de especialidades Médico Quirúrgicas*. (tesis de Maestría), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala . Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de http://www.repositorio.usac.edu.gt/729/1/05_9461.pdf

López Agrelo, V. L. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con Síndrome de Burnout*. (tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico I (personalidad, evaluación y psicología clínica), Madrid, España. Recuperado el 15 de octubre de 2016, de <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>

López de Bernal, M. E., & Gonzáles Medina, M. F. (2005). *Inteligencia Emocional: pasos para elevar el potencial infantil* (Sexta reimpresión ed., Vol. uno). Colombia: Ediciones Gamma. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=vovb6enLXHUC&pg=PA108&dq=inteligencia+emocional+definicion&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=inteligencia%20emocional%20definicion&f=false

Mansilla Izquierdo, F. (15 de Noviembre de 2016). *Psicología online*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2016, de Psicología online: Formación, autoayuda y consejo online: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Margarita Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado el 12 de junio de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552007000200012

Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (10 de mayo de 2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and

health. *Elsevier:Personality and individual differences*, 49(2010), 554-564. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32630224/Paper_PAID_2010_Published.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485850947&Signature=ZoWoBWJ9hf0FPHMXv91IlqNNkE8%3D&response-content-](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32630224/Paper_PAID_2010_Published.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485850947&Signature=ZoWoBWJ9hf0FPHMXv91IlqNNkE8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_comprehensive_meta-)

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experience Burnout. *Journal of occupational Behaviour*, 2(issue 2), 99-113. Recuperado el 12 de setiembre de 2016, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52,397-422. Recuperado el 20 de setiembre de 2016, de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41682779/Job_Burnout20160128-8141-18je454.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486785214&Signature=xs7EdiLHkyPuRO2%2BCiFWD6Qy8Uc%3D&response-](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41682779/Job_Burnout20160128-8141-18je454.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486785214&Signature=xs7EdiLHkyPuRO2%2BCiFWD6Qy8Uc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DJ_OB_B_URNOU)

Meléndez Chavez, S., Santes Bastian, M., & Del Angel Salazar, E. M. (Septiembre de 2013). Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros. *Revista Metas en Enfermería:Enfermería21*(7). Recuperado el diciembre de 2016, de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80496/>

Mera Olivares, D. A., & More Durán, E. N. (2013). *Dimensiones del Síndrome de Burnout entre profesionales de Enfermería de áreas Críticas de un Hospital MINSA Y ESSALUD de Chiclayo-2013*. (Tesis de pregrado), Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Recuperado el 28 de junio de 2016, de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/343>

Ministerio de Salud. (13 de julio de 2011). Norma Técnica 021-MINSA/DGSP.V.03:Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del sector salud". 1-148. Lima, Perú: Resolución

Ministerial 546-2011/MINSA. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/01/pw48_rm546-2011-minsa-nts021.pdf

Ministerio de Salud. (29 de diciembre de 2015). Norma técnica 119-MINSA/DGIEM-V.01 parte 2:Norma técnica de Salud"Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de tercer nivel de atención". *Resolución Ministerial 862-2015*, 70-140. Lima, Perú. Recuperado el 28 de noviembre de 2016, de <http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2016/01/NTS-119-MINSA-DGIEM-V01-PARTE-2.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (28 de junio de 2005). Norma técnica 031-MINSA/DGSP-V.01:Norma técnica de los servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. *Resolución Ministerial número 489-2005/MINSA*, 1-44. Lima, Perú. Recuperado el 28 de noviembre de 2016, de http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/01/pw16_rm489-2005-minsa-nts031-uci.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (agosto de 2013). Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA. 1-75. Lima, Perú. Recuperado el 20 de noviembre de 2016, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2739.pdf>

Moriana Elvira, J. A., & Herruzo Cabrera, J. (27 de febrero de 2004). Estres y Burnout en profesores. *International Journal of clinical and health psychology*, 4(3), 597-621. Recuperado el 8 de agosto de 2016, de https://www.researchgate.net/profile/Javier_Herruzo2/publication/26420282_Estres_y_burnout_en_profesores/links/02bfe5142cd7582913000000.pdf

Ojeda Mercado, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana*. (tesis doctoral), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado el junio de 2016, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4930/1/Ojeda_mg.pdf

Olivares Faúndes, V., Mena-Miranda, L., & Jélvez Wilke, C. (enero - marzo de

- 2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales Chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de <http://search.proquest.com/openview/b0177a8e465458641cadebeb79326e62/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2041157>
- Olivarez Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (julio - setiembre de 2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory"(MBI). *Ciencia y Trabajo*, 11(33), 160-167. Recuperado el 13 de setiembre de 2016, de http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009_Olivares_y_Gil-Monte.pdf
- OMS, C. (octubre de 2006). Constitución de la organización Mundial de la Salud. *Documento básico,suplemento 45 edición*. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- OPS. (6-12 de setiembre de 1978). *Pan American Health Organization*. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- OPS. (2001). *Indicadores de Salud:Elementos básicos para el análisis de la situación de Salud*. Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 10 de setiembre de 2016, de <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=bgoletin%20epidemiologico%20ops%20indicadores%20de%20salud%20elementos%20basicos>
- Ortega , R. C., & López, R. F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios:revisión y perspectivas. *International Journal of clinical and health psychology*, 4(1), 137-160. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>

- Ortiz, R., & Beltran, B. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en medicos internos de pregrado. *Educacion Médica*, 14(1), 49-55. Recuperado el 6 de setiembre de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>
- Personal, O. d. (2016). *Informe del primer semestre. estadística semestral*, Centro Médico Naval, personal, Bellavista Callao. Recuperado el 10 de julio de 2016
- Pértegas Diaz, s., & Pita Fernández, S. (2001). Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/pearson/pearson2.pdf>
- Porras Santos, N. (2014). *Variables psicológicas y Burnout en sanitarios*. (tesis doctoral), Universidad de Salamanca.Provincia de Salamanca ,España. Recuperado el octubre de 2016, de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125759/1/DPPMMLHM_PorrasSantosNieves_Variablespsicosociol%C3%B3gicas.pdf
- Rey Peña, L., & Extremera Pacheco, N. (marzo de 2012). Inteligencia emocional percibida,felicidad y estrategias deistractoras en adolescentes. *Boletín de Psicología*(104), 87-101. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-5.pdf>
- Rios Riskey, M., Peñalver Hernández, F., & Godoy Fernández, C. (01 de 12 de 2008). Burnout y Salud percibida en profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178. Recuperado el 10 de diciembre de 2016, de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130239908758322.pdf?locale=es_ES
- Rubio Jiménez, J. C. (2003). *Fuentes de estrés,sindrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de Instituto de enseñanza secundaria* . (tesis doctoral), Universidad de Extremadura,Badajoz,España. Recuperado el agosto de 2016, de <http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>

- Salovey, P., Mayer, J., Lee Goldman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (1995). Emotional Attention, Clarity and Repair: Exploring Emotional intelligence using the Trait Meta- Mood Scale. *Psychological Assn*, 125-154. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...Mood%20Meas%20and%20Mood%20Cong/CA1995SaloveyMayer.pdf
- Salvador Ferrer, C. M. (2010). *Análisis transcultural de la inteligencia emocional*. Almería, España: Editorial Universidad de Almería. Recuperado el 8 de noviembre de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=BRS4mDqa2CoC&pg=PA29&dq=inteligencia+emocional+segun+bar-on+1997&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=inteligencia%20emocional%20segun%20bar-on%201997&f=false
- Sánchez Artiaga, M. E. (2012). *Inteligencia emocional percibida y su relación con la satisfacción laboral en el profesional de Enfermería de la Microred Cono Norte Tacna*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud, Tacna. Recuperado el 15 de enero de 2017, de <http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/210/TG0061.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, P., & Sierra, V. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(1), 252-266. Recuperado el 13 de agosto de 2016, de <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/37594>
- Sanclemente Viñue, I., Elboj Saso, C., & Iñiguez Berrozpe, T. (01 de diciembre de 2014). Burnout en las profesionales de Enfermería en España :Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 17(10), 17-23. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de <https://medes.com/publication/95625>
- Santivañez Santivañez, A. (2016). *Burnout y Salud en profesionales de Enfermería de un hospital Nacional de Huancayo*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y

Ciencias Humanas: Especialidad de Psicología, Lima. Recuperado el 2017, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7694>

Saucedo Chinchay, J. L., Salazar Flores, R. M., & Díaz Vélez, C. (2011). Inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 4(1), 4(1), 17-21. Recuperado el 8 de agosto de 2016, de <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/145>

Shabani, J., Aishah Hassan, S., Ahmad, A., & Baba, M. (diciembre de 2010). Exploring the relationship of emotional intelligence with mental. *International Journal of Psychological studies*, 2(2), 209-216. Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de https://works.bepress.com/siti_hassan/2/

Teijido Pérez, M. (12 de setiembre de 2016). *La inteligencia emocional: Marco teórico e investigación*. Recuperado el 12 de setiembre de 2016, de Red Educativa Mundial: <http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Teijido%20%20-%20inteligencia%20emocional.pdf>

Terre des Hommes. (1997). *El derecho de la equidad: ética y mundialización social*. Barcelona: Editorial Icaria s.a. Recuperado el 15 de julio de 2016, de https://books.google.com.pe/books?id=VBu46_JKyC4C&pg=PA183&dq=OMS%09Indicadores+generales+del+estado+de+salud&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjLsZvX3s_RAhVGPIYKHdsGCaYQ6AEITTAI#v=onepage&q=OMS%09Indicadores%20generales%20del%20estado%20de%20salud&f=false

Trujillo Flores, M. M., & Rivas Tovar, L. A. (enero a junio de 2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *INNOVAR: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia*, 9-24. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a01.pdf>

Ugarriza Chavez, N., & Pajares Del Aguila, L. (2005). La evaluación de la Inteligencia emocional a través del inventario de Bar-On ICE:NA, en una

muestra de niños y adolescentes. *Revista de la facultad de Psicología*, 11-28. Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de file:///C:/Dialnet-LaEvaluacionDeLaInteligenciaEmocionalATravesDelInv-2872458%20(1).pdf

Urbaez E., N. J. (2013). *Identificación de competencias de liderazgo en jóvenes Dominicanos*. (Tesis doctoral), Universitat de Valencia, Facultad de Psicología, Valencia. Recuperado el 12 de diciembre de 2016, de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/35216/tesis%20doctoral%20Nancy%20Urbaez%202014.pdf?sequence=1>

Vallejo, M., Rivera, J., Esteve Vives, J., & Rodríguez Muñoz, M. (julio de 2014). El cuestionario general de salud GHQ -28 en pacientes con fibromialgia: Propiedades psicométricas y adecuación. *Elsevier : clínica y salud*, 25(issue 2), 105-110. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527414000061>

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado:

Estimada Licenciada, le saludo con afecto.

Como estudiante de la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; me encuentro realizando el estudio de investigación: Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016, con la debida autorización de la Dirección del Centro Médico Naval; el presente estudio tiene por objetivo analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional con la salud percibido por el personal de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el presente año.

Por lo tanto, Yodeclaro haber recibido y entendido la información respecto a la aplicación de un cuestionario de investigación sobre

Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval.

Por favor para mayor información contacte a la Licenciada Yesica Pamela Chucos Urcuhuaranga responsable de esta actividad al celular 994599767 o al correo electrónico yecapame17@hotmail.com

.....

Firma

DNI:.....

Anexo 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida por el profesional de enfermería del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora 2016						
AUTOR: Br Yesica Pamela Chucos Urculuaranga						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema principal: ¿Cuál es la relación entre agotamiento profesional, inteligencia emocional con la Salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p> <p>Problemas secundarios: ¿Cuál es la asociación entre el agotamiento profesional y la salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional y la salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p>	<p>Objetivo general: Analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional con la salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación entre el agotamiento profesional y salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p> <p>Determinar la relación entre inteligencia emocional y la salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p>	<p>Hipótesis general: A mayor agotamiento profesional menor salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p> <p>A mayor inteligencia emocional mejor salud percibida por los profesionales de Enfermería del Centro Médico Naval 2016?</p>	Variable 1: Agotamiento profesional (Variable independiente)			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	NIVEL RANGO
			Agotamiento emocional	<p>Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo. Cuando termino mi jornada me siento agotado. Cuando me levanto por la mañana me siento agotado. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento frustrado por el trabajo. Siento que estoy demasiado tiempo en el trabajo. Siento que trabajar en contacto con la gente me cansa. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.</p>	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Bajo ≤18 Medio 19-26 Alto ≥27
Despersonalización	<p>Siento que esto tratando a las personas como si fueran objetos. Siento que me hecho más duro con la gente. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. Siento que no me importa lo que le ocurra a las personas. Me parece que las personas beneficiarias de mi trabajo me culpan de algunos problemas.</p>	5,10,11,15,22	Bajo ≤ 5 Medio 6-9 Alto ≥10			
Realización personal	<p>Siento que puedo entender fácilmente a las personas que atiendo. Siento que trato con efectividad los problemas de las personas. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas. Me siento muy enérgico en mi trabajo. Siento que no puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo. Me siento estimulado después de haber trabajado con quien tengo que atender. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales se tratan adecuadamente</p>	4,7,9,12,17,18,19,21.	Bajo ≤33 Medio 34-39 Alto ≥40			

Variable 2: Inteligencia emocional.(Variable independiente)				
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos	
Atención emocional	<p>Presto mucha atención a los sentimientos. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones. Pienso que merece la pena prestar atención a mis sentimientos, Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos. Pienso en mi estado de ánimo constantemente. A menudo pienso en mis sentimientos. Presto mucha atención a como me siento.</p>	1 al 8	Poco ≤ 24	Adecuado 25-35
Claridad de sentimientos	<p>Tengo claro mis sentimientos. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos. Casi siempre se cómo me siento. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes ocasiones. Siempre puedo decir cómo me siento. A veces puedo decir cuáles son mis emociones. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.</p>	9 al 16	Poco ≤ 23	Adecuado 24-34 Excelente ≥ 35
Reparación emocional	<p>Aunque a veces me siento triste suelo tener una visión optimista. Aunque me sienta mal procuro pensar en cosas agradables. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, trato de calmarme. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo. Tengo mucha energía cuando me siento feliz. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.</p>	17 al 24	Poco ≤ 23	Adecuado 24-34 Excelente ≥ 35

		Variable 3: Salud percibida			
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
		Sintomas somáticos	¿Se ha sentido bien de salud y en plena forma? ¿Ha tenido la sensación que necesitaba reconstituyente? ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? ¿Ha padecido dolores de cabeza? ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza? ¿Ha tenido oleada de calor o escalofríos?	1 al 7	No presenta ≤ 5 Presenta ≥ 6
		Ansiedad-insomnio	¿Sus preocupaciones le han hecho pere mucho el sueño? ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiend? ¿Se ha notado constantemente agobiado o tensión? ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel? ¿Se ha asustado o ha tenido panico en algun momento? ¿Ha tendio sensacion de que todo se le viene encima? ¿Se ha notado nervioso a punto de explotar?	8 al 14	
		Disfunción social	¿Se las arreglado para mantenerse ocupado? ¿Le cuesta mas tiemp hacer las cosas? ¿Ha tenido la impresió de queesta haciendo las cosas bien? ¿Ha sentido que desempeña un papel útil en la vida? ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? ¿Ha sido capaz de disfrutar susa ctividades normales?	15 al 21	
		Depresión	¿Ha pensado usted que es una persona que no le vale nada? ¿Ha estado viviendo la vida sin esperanza? ¿Ha tenidoel sentimiento de que la vida no merece la pena vivirla? ¿Ha pensado la posibilad de quitasre de en medio? ¿Ha notado que a veces no puee hacer nada? ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? ¿Ha notado que la idea de quitarre la vida le viene repentinamente?	22 al 28	
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADISTICA A UTILIZAR		
TIPO: No experimental DISEÑO: Correlacional	POBLACIÓN: 205 enfermeras Muestra: 92 enfermeras	Técnica: Se usó un cuestionario Variable 1: (Independiente) Instrumento: MBI de Maslach y Jackson adaptada al castellano por Gil Monte y colaboradores en 1997	DESCRIPTIVA: Se usaron la tabla de frecuencia y figuras construidas en base a los porcentajes de cada variable.		

<p>MÉTODO: Deductivo</p>		<p>Variable 2: (Independiente) Trait Meta-Mood Scale TMMS-24 de Extremera y Fernández-Berrocal del 2004 modificado de la versión original de Salovey de 1995</p> <p>Variable 3: (Dependiente) Instrumento de Salud General de Goldberg: GHQ 28 creado por David Goldberg en 1970, y adaptada a la versión española por Lobo y Echevarría en 1986</p>	<p>INFERENCIAL:</p> <p>En esta sección se usó el modelo de correlación de Rho de Spearman, para confrontar las hipótesis.</p>
---------------------------------	--	--	--

Anexo 3

INSTRUMENTO

Introducción:

Estimado Licenciada(o)

El presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre el agotamiento profesional, la inteligencia emocional y la salud percibida como resultado del trabajo que Ud. desempeña en su institución. En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones.

Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y en estricta reserva.

Datos Generales

- 1.- Servicio donde labora.....
 - 2.- Edad.....3. - Sexo.....4. - Estado Civil.....
 - 5.- N' de hijos.....
 - 6.- Tiempo de Servicio en la Institución..... (Años)..... (Meses)..... (Días)
 - 7.- Tiempo que labora en el Servicio..... (Años)..... (Meses)..... (Días)
 - 8.- N° de Enfermeras por turno: Suficiente.....Insuficiente.....
 - 9.-Tiempo usado para trasladarse de su casa al trabajo.....
 - 10.- Trabaja en otra institución Si..... No.....
 - 11.- Tipo de trabajo que realiza en la otra institución
 - a) Docente b) Asistencial c) Otro
 - 12.- Es política del Hospital proporcionar estímulos laborales: Si.....No.....
- Tipo de estímulo que brinda la institución:
- a) Becas de Estudio Si.....No.....
 - b) Felicitaciones Si....No.....
 - c) Reconocimiento o Premiaciones Si..... No.....

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

	0	1	2	3	4	5	6					
	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a semana	Pocas veces a la semana	Todos los días					
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.					0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.					0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.					0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a las personas que tengo que atender, como si fuesen objetos impersonales.					0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.					0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.					0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.					0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.					0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.					0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy enérgico en mi trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado por el trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.					0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.					0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.					0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.					0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.					0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.					0	1	2	3	4	5	6
22	Me parece que las personas beneficiarias de mi trabajo me culpan de algunos problemas.					0	1	2	3	4	5	6

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y señale por favor con una “X” el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las frases. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

	1	2	3	4	5			
	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo			
1	Presto mucha atención a los sentimientos.			1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.			1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.			1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.			1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos.			1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.			1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.			1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a como me siento.			1	2	3	4	5
9	Tengo claro mis sentimientos.			1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.			1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.			1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.			1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.			1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.			1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.			1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.			1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.			1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.			1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.			1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.			1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.			1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.			1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.			1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.			1	2	3	4	5

En el presente Cuestionario de Salud General solo deberá responder sobre lo que sintió en últimos seis meses no sobre los que tuvo en el pasado. Gracias

A		B	
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de Salud y en plena forma?		B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	
	Mejor que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		No más que lo habitual
	Peor que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho peor que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación que necesitaba reconstituyente?		B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?		B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?		B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?		B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?		B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?		B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?	
	No en lo absoluto		No, en absoluto
	Más que lo habitual		Más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual		Mucho más que lo habitual

C		D	
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?		D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	
	Más activo que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		No más que lo habitual
	Bastante menos que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho menos que lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?		D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	
	Menos tiempo que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		Más tiempo que lo habitual
	Más tiempo que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho más tiempo que lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?		D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	
	Mejor que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		Más que lo habitual
	Peor que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho peor que lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?		D.4. ¿He pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?	
	Más satisfecho que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		No más que lo habitual
	Menos satisfecho que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho menos satisfecho que lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?		D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	
	Más útil de lo habitual		No, en absoluto
	Igual de útil que lo habitual		No más que lo habitual
	Menos útil de lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho menos útil de lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?		D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	
	Más que lo habitual		No, en absoluto
	Igual que lo habitual		No más que lo habitual
	Menos que lo habitual		Bastante más que lo habitual
	Mucho menos que lo habitual		Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?		D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	
	Más que lo habitual		Claramente, no
	Igual que lo habitual		Me parece que no
	Menos que lo habitual		Se me ha cruzado por la mente
	Mucho menos que lo habitual		Claramente, lo he pensado

Anexo 4



PERÚ

Ministerio
de DefensaMarina de Guerra
del Perú

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Bellavista, 04 NOV 2016

V.200- 11175

Señor
Doctor
Carlos VENTURO Orbegoso
Director de la Escuela de Postgrado Filial Lima
De la Universidad César Vallejo
Av. Alfredo Mendiola 6232
LOS OLIVOS.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. señor Doctor para saludarlo y hacer de su conocimiento que la Licenciada en Enfermería Yesica Pamela CHUCOS Urcuhuaranga identificada con N° de DNI 40219480 estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación (Tesis) titulado "Agotamiento Profesional, inteligencia emocional y salud percibida por el Profesional de Enfermería de la Unidad de Áreas Críticas del Centro Médico Naval 2016".

Al respecto, esta Dirección ha autorizado el desarrollo de la investigación antes mencionada.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Capitán de Navío SN. (MC)
Osvino MARAVÍ Baldeón

Director del Centro Médico Naval
"Cirujano Mayor Santiago Távara"

Anexo 5

Estadísticos de fiabilidad del instrumento MBI-HSS según piloto

Alfa de Cronbach	N de elementos
,728	22

Estadísticos total-elemento del instrumento MBI según piloto

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	50,67	137,381	,193	,725
A2	48,60	113,400	,599	,685
A3	50,20	138,457	,063	,733
A4	46,93	122,638	,358	,712
A5	51,60	141,257	,009	,730
A6	50,47	129,124	,487	,708
A7	46,93	124,781	,453	,705
A8	49,60	118,543	,664	,687
A9	47,00	126,286	,303	,717
A10	50,33	123,095	,552	,698
A11	50,67	135,524	,147	,728
A12	47,00	136,714	,091	,733
A13	51,00	147,286	-,276	,751
A14	50,00	124,000	,295	,720
A15	51,67	141,381	,000	,730
A16	51,13	140,981	-,001	,732
A17	46,60	127,829	,353	,713
A18	46,93	125,352	,355	,712
A19	47,33	117,381	,477	,698
A20	51,13	140,981	-,001	,732
A21	48,47	120,124	,402	,707
A22	50,73	138,210	,038	,737

Anexo 6

Estadísticos de fiabilidad de la dimensión agotamiento emocional

Alfa de Cronbach	N de elementos
,589	9

Estadísticos fiabilidad total de elementos :Dimensión agotamiento emocional

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	11,20	26,314	,479	,534
A2	9,13	19,981	,409	,517
A3	10,73	25,924	,297	,556
A6	11,00	24,571	,497	,513
A8	10,13	19,695	,693	,417
A13	11,53	27,838	,151	,589
A14	10,53	25,410	,054	,671
A16	11,67	28,381	,265	,572
A20	11,67	30,667	-,067	,615

Anexo 7

Estadísticos de fiabilidad de la dimensión despersonalización

Alfa de Cronbach	N de elementos
,094	5

Estadísticos de fiabilidad total de elementos: Dimensión despersonalización

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A5	3,27	6,067	-,255	,167
A10	2,00	2,571	,331	-,514 ^a
A11	2,33	3,667	,119	-,048 ^a
A15	3,33	5,810	,000	,101
A22	2,40	4,686	-,133	,352

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativos, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Anexo 8

Estadísticos de fiabilidad de la dimensión realización personal

Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	8

Estadísticos de fiabilidad total elementos :Dimensión Realización Personal

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A4	31,40	50,686	,282	,717
A7	31,40	48,686	,560	,661
A9	31,47	50,124	,352	,700
A12	31,47	51,981	,422	,688
A17	31,07	47,495	,627	,649
A18	31,40	49,114	,431	,683
A19	31,80	46,600	,434	,682
A21	32,93	50,352	,277	,720

Anexo 9

Estadísticos de fiabilidad del instrumento TMMS-24 según piloto

alfa de Cronbach	N de elementos			
,903	24			
Estadísticos total de elementos del instrumento TMMS-24 según piloto				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
i1	77,20	149,029	,805	,892
i2	77,20	156,171	,733	,895
i3	77,53	161,124	,452	,901
i4	77,07	158,210	,550	,899
i5	78,47	171,981	,020	,911
i6	78,33	158,810	,485	,900
i7	78,33	166,095	,292	,904
i8	77,93	162,067	,500	,900
i9	76,87	153,552	,680	,895
i10	77,13	153,552	,683	,895
i11	76,80	159,743	,664	,897
i12	77,27	165,067	,427	,901
i13	77,33	157,238	,688	,896
i14	77,53	162,695	,359	,903
i15	77,87	158,410	,534	,899
i16	77,00	160,286	,568	,898
i17	77,07	159,924	,482	,900
i18	76,87	160,552	,488	,900
i19	77,60	164,543	,325	,903
i20	76,87	158,838	,517	,899
i21	77,00	161,429	,430	,901
i22	77,40	160,829	,447	,901
i23	76,67	165,524	,429	,901
i24	77,53	160,838	,728	,897

Anexo 10

**Estadísticos de fiabilidad del
instrumento GHQ-28 según piloto**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,832	28

**Estadísticos total de elementos del instrumento GHQ-28 según
piloto**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
S1	12,93	57,495	,000	,833
S2	13,13	47,267	,722	,809
S3	13,07	51,210	,539	,819
S4	13,07	55,352	,244	,830
S5	13,40	52,543	,408	,825
S6	13,27	51,495	,455	,823
S7	13,60	52,829	,478	,823
S8	13,07	49,067	,422	,828
S9	13,33	49,524	,851	,809
S10	13,20	49,029	,809	,808
S11	13,40	53,257	,410	,825
S12	13,40	46,257	,761	,806
S13	13,53	52,695	,617	,820
S14	13,33	52,238	,531	,821
S15	12,87	51,838	,509	,821
S16	13,07	53,352	,331	,828
S17	13,07	56,067	,150	,833
S18	13,47	55,695	,199	,832
S19	13,73	55,352	,320	,829
S20	13,60	55,257	,276	,830
S21	13,20	57,457	-,082	,863
S22	13,93	57,495	,000	,833
S23	13,93	57,495	,000	,833
S24	13,93	57,495	,000	,833
S25	13,93	57,495	,000	,833
S26	13,87	55,981	,375	,829
S27	13,93	57,495	,000	,833
S28	13,93	57,495	,000	,833

Anexo 11 : Matriz de datos

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE
id	Servicio	Edad	Estado_civi	Núm	Tiemp	Tiemp	Tiemp	Traba	Agota	Despe	Real	AE	CS	R	Somi	Ans	Disfu	Depr	Salu	Agotami	Desperso	Realizac	AE2	CS2	R2	Soma	Ansieda	Difusión	Depresión2		
2	1	Cuidados int	38	Con pareja	2	13	13	60	Si	13	2	15	30	34	32	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
3	2	Cuidados int	30	Sin pareja	0	2	1	45	No	10	0	21	13	17	25	0	0	1	0	1	Bajo	Bajo	Bajo	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
4	3	Cuidados int	40	Sin pareja	1	17	10	90	Si	17	4	47	15	38	30	1	2	0	0	3	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
5	4	Cuidados int	35	Con pareja	2	10	6	60	No	0	0	28	25	35	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada	Excelente cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
6	5	Cuidados int	34	Con pareja	3	11	7	40	No	17	8	31	24	22	33	3	4	2	0	9	Bajo	Medio	Bajo	Adecuada	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
7	6	Cuidados int	40	Con pareja	3	16	15	40	No	9	1	44	14	31	25	3	3	1	0	7	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
8	7	Cuidados int	36	Con pareja	2	1	5	30	No	8	3	34	23	32	19	1	1	0	0	2	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta	
9	8	Cuidados int	38	Con pareja	2	13	4	60	No	5	2	44	14	33	23	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta	
10	9	Cuidados int	36	Sin pareja	2	7	5	120	No	2	2	48	18	38	38	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
11	10	Cuidados int	35	Con pareja	2	6	5	60	No	3	0	34	17	40	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
12	11	Cuidados int	50	Con pareja	3	24	24	70	Si	19	0	47	20	22	29	4	3	2	0	9	Medio	Bajo	Alto	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
13	12	Cuidados int	36	Sin pareja	1	18	8	30	No	16	20	42	35	34	40	0	0	0	0	0	Bajo	Alto	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
14	13	Cuidados int	32	Sin pareja	1	10	6	20	Si	14	5	27	24	26	32	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
15	14	Cuidados int	40	Con pareja	3	22	18	90	No	9	3	31	20	29	37	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Poca atenc	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
16	15	Cuidados int	31	Con pareja	0	8	5	40	No	8	1	30	28	26	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
17	16	Cuidados int	36	Sin pareja	1	14	12	180	Si	20	4	39	24	24	24	5	5	2	0	12	Medio	Bajo	Medio	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
18	17	Cuidados int	29	Con pareja	0	2	1	20	No	15	2	41	19	29	32	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
19	18	Cuidados int	43	Sin pareja	0	18	16	120	No	20	11	25	24	22	35	0	0	0	0	0	Medio	Alto	Bajo	Adecuada	Debe mejora	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
20	19	Cuidados int	45	Sin pareja	2	22	22	60	Si	4	2	42	27	23	27	0	0	1	0	1	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
21	20	Cuidados int	36	Sin pareja	0	6	4	90	Si	26	20	26	21	31	33	1	0	0	0	1	Medio	Alto	Bajo	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
22	21	Cuidados int	36	Sin pareja	2	13	10	40	No	0	0	47	39	40	40	3	1	1	0	5	Bajo	Bajo	Alto	Demasiada	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
23	22	Cuidados int	22	Sin pareja	3	20	5	90	Si	14	2	39	22	34	32	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
24	23	Cuidados int	29	Sin pareja	0	15	1	40	No	15	2	38	19	35	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
25	24	Cuidados int	35	Con pareja	1	10	10	90	Si	8	3	47	32	37	36	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
26	25	Cuidados int	24	Sin pareja	0	1	1	40	No	7	2	39	17	31	34	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
27	26	Cuidados int	35	Con pareja	2	1	1	60	Si	12	0	40	12	19	28	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
28	27	Cuidados int	37	Con pareja	2	13	10	20	No	21	7	46	17	22	28	0	0	0	0	0	Medio	Medio	Alto	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
29	28	Cuidados int	27	Con pareja	1	1	1	105	Si	5	1	42	31	33	37	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
30	29	Cuidados int	28	Sin pareja	0	2	1	15	No	19	11	33	28	19	31	2	0	0	0	2	Medio	Alto	Bajo	Adecuada	Debe mejora	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
31	30	Emergencia	38	Con pareja	1	13	13	60	No	22	14	22	26	29	27	0	0	0	0	0	Medio	Alto	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
32	31	Emergencia	47	Sin pareja	1	24	10	20	Si	17	1	44	35	32	37	0	1	2	0	3	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
33	32	Emergencia	46	Con pareja	3	19	17	60	No	16	13	43	18	20	33	7	0	1	0	8	Bajo	Alto	Alto	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rej	Si pre	No prese	No prese	No presenta	
34	33	Emergencia	40	Sin pareja	0	17	17	80	No	9	6	36	17	20	19	0	0	0	0	0	Bajo	Medio	Medio	Poca atenc	Debe mejora	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta	
35	34	Emergencia	37	Sin pareja	3	12	11	20	No	10	8	23	31	29	36	0	0	0	0	0	Bajo	Medio	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
36	35	Emergencia	39	Con pareja	3	15	11	30	No	15	3	41	31	29	36	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
37	36	Emergencia	36	Sin pareja	1	12	12	60	No	11	8	33	30	32	31	0	0	0	0	0	Bajo	Medio	Bajo	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	
38	37	Emergencia	36	Con pareja	2	13	12	45	No	10	12	23	9	36	21	0	0	0	0	0	Bajo	Alto	Bajo	Poca atenc	Excelente cl	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta	
39	38	Emergencia	38	Sin pareja	0	11	8	60	No	13	14	40	24	34	38	0	0	0	0	0	Bajo	Alto	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta	
40	39	Emergencia	35	Con pareja	1	2	2	30	Si	25	4	39	30	34	33	0	0	0	0	0	Medio	Bajo	Medio	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rej	No pr	No prese	No prese	No presenta	

41	40	Emergencia	37	Sin pareja	1	13	12	40	Si	20	6	21	17	24	29	0	0	0	0	0	Medio	Medio	Bajo	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
42	41	Emergencia	45	Con pareja	2	22	6	35	Si	18	8	44	16	40	32	0	0	0	0	0	Bajo	Medio	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
43	42	Emergencia	36	Sin pareja	0	8	5	60	Si	36	0	35	19	19	16	0	0	0	0	0	Alto	Bajo	Medio	Poca atenc	Debe mejora	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta
44	43	Emergencia	40	Con pareja	2	2	1	60	No	6	2	48	21	17	28	2	0	0	0	2	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
45	44	Medicina	52	Con pareja	1	22	20	40	No	9	1	39	21	19	25	0	0	0	1	1	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
46	45	Medicina	51	Con pareja	2	30	3	90	No	17	3	43	29	31	26	0	1	0	0	1	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada cl	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
47	46	Medicina	47	Con pareja	1	30	1	90	No	19	0	38	16	29	27	1	0	1	0	2	Medio	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
48	47	Medicina	46	Con pareja	2	20	1	60	No	11	8	40	17	40	40	0	0	0	0	0	Bajo	Medio	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
49	48	Medicina	39	Con pareja	3	15	9	30	No	9	1	46	39	30	25	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Demasiada	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
50	49	Medicina	41	Sin pareja	3	3	1	100	No	4	0	36	16	29	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
51	50	Medicina	39	Con pareja	2	15	3	25	No	22	2	42	26	30	37	1	2	1	0	4	Medio	Bajo	Alto	Adecuada cl	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
52	51	Medicina	37	Sin pareja	0	12	10	30	No	12	2	48	34	38	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada cl	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
53	52	Medicina	45	Con pareja	2	22	10	60	No	19	5	25	19	22	31	0	0	0	0	0	Medio	Bajo	Bajo	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
54	53	Medicina	39	Con pareja	4	9	5	60	No	13	5	32	15	28	37	3	0	1	0	4	Bajo	Bajo	Bajo	Poca atenc	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
55	54	Medicina	32	Con pareja	2	6	4	45	No	13	5	36	23	30	33	3	3	1	0	7	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
56	55	Medicina	43	Con pareja	2	21	15	75	No	17	6	43	27	38	31	2	3	2	0	7	Bajo	Medio	Alto	Adecuada cl	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
57	56	Medicina	30	Sin pareja	1	3	1	30	No	13	1	39	8	34	31	1	0	3	0	4	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
58	57	Medicina	37	Con pareja	1	14	12	40	No	8	2	43	11	28	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
59	58	Medicina	46	Con pareja	2	21	10	40	No	10	1	20	33	33	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada cl	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
60	59	Medicina	40	Sin pareja	0	20	15	120	No	17	0	41	8	38	25	0	0	1	0	1	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
61	60	Medicina	50	Con pareja	2	26	20	30	No	5	1	37	25	40	31	1	0	0	0	1	Bajo	Bajo	Medio	Adecuada cl	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
62	61	Medicina	46	Con pareja	2	20	14	90	No	42	3	33	28	29	30	0	0	0	0	0	Alto	Bajo	Bajo	Adecuada cl	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
63	62	Medicina	38	Con pareja	3	10	9	120	No	12	3	34	32	38	36	0	0	1	0	1	Bajo	Bajo	Medio	Adecuada cl	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
64	63	Medicina	52	Con pareja	3	29	10	40	No	17	1	37	22	21	30	6	6	4	0	16	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	Si pre	Si preser	No prese	No presenta
65	64	Medicina	42	Con pareja	2	18	11	30	No	22	8	25	35	38	37	2	0	0	0	2	Medio	Medio	Bajo	Adecuada cl	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
66	65	Medicina	42	Sin pareja	0	16	16	120	No	17	3	33	24	34	37	1	0	1	0	2	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada cl	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
67	66	Medicina	41	Sin pareja	1	16	3	45	No	12	1	38	18	28	34	1	0	1	0	2	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
68	67	Medicina	38	Sin pareja	1	16	2	80	Si	20	2	46	27	36	33	0	0	0	0	0	Medio	Bajo	Alto	Adecuada cl	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
69	68	Medicina	36	Con pareja	2	18	11	30	Si	30	6	40	13	40	32	0	0	0	0	0	Alto	Medio	Alto	Poca atenc	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
70	69	Medicina	38	Con pareja	2	14	10	90	No	4	1	47	23	31	39	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
71	70	Medicina	40	Con pareja	2	13	9	60	No	17	1	37	29	38	32	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Adecuada cl	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
72	71	Medicina	32	Con pareja	2	7	6	120	No	21	9	34	28	28	37	2	4	0	0	6	Medio	Medio	Medio	Adecuada cl	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
73	72	Medicina	37	Con pareja	2	13	12	30	No	33	15	31	35	38	37	2	0	0	0	2	Alto	Alto	Bajo	Adecuada cl	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
74	73	Especialidad	49	Sin pareja	0	22	10	30	Si	6	1	43	25	30	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada cl	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
75	74	Especialidad	30	Con pareja	1	4	2	45	No	19	10	23	23	22	23	0	0	0	0	0	Medio	Alto	Bajo	Poca atenc	Debe mejora	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta
76	75	Especialidad	29	Sin pareja	1	3	1	120	No	0	1	13	11	14	24	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
77	76	Especialidad	52	Sin pareja	2	30	18	20	Si	12	2	35	27	33	28	2	0	0	0	2	Bajo	Bajo	Medio	Adecuada cl	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
78	77	Especialidad	41	Sin pareja	2	16	12	60	Si	5	0	35	17	37	36	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
79	78	Especialidad	49	Con pareja	2	23	22	120	No	6	0	48	17	30	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta

80	79	Especialidad	37	Sin pareja	0	11	7	45	No	18	8	35	23	22	25	1	0	0	0	1	Bajo	Medio	Medio	Poca atenc	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
81	80	Especialidad	47	Con pareja	3	24	21	40	No	19	10	36	18	32	29	0	0	0	0	0	Medio	Alto	Medio	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
82	81	Especialidad	29	Sin pareja	0	2	1	60	No	26	2	43	15	24	21	0	0	0	0	0	Medio	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta
83	82	Especialidad	39	Con pareja	1	12	10	45	No	10	1	48	15	30	34	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
84	83	Especialidad	50	Sin pareja	1	30	20	120	No	2	0	44	25	40	39	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
85	84	Especialidad	47	Con pareja	2	21	2	120	Si	10	0	43	32	32	32	0	2	0	0	2	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
86	85	Especialidad	40	Sin pareja	1	16	7	30	No	15	2	35	29	23	26	0	0	1	0	1	Bajo	Bajo	Medio	Adecuada	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
87	86	Especialidad	50	Con pareja	2	26	24	50	No	4	1	43	29	30	31	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
88	87	Especialidad	34	Sin pareja	0	12	9	40	Si	6	1	44	28	35	33	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Excelente cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
89	88	Especialidad	44	Con pareja	2	22	20	60	No	13	2	41	24	26	30	1	0	0	0	1	Bajo	Bajo	Alto	Adecuada	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
90	89	Especialidad	41	Sin pareja	2	19	18	60	Si	34	13	25	26	23	25	5	4	1	1	11	Alto	Alto	Bajo	Adecuada	Debe mejora	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
91	90	Especialidad	49	Con pareja	3	20	11	60	Si	14	10	32	21	27	27	4	1	0	0	5	Bajo	Alto	Bajo	Poca atenc	Adecuada cl	Adecuada rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
92	91	Especialidad	38	Sin pareja	0	13	13	60	Si	26	12	32	15	40	39	0	0	0	0	0	Medio	Alto	Bajo	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
93	92	Especialidad	35	Sin pareja	1	5	4	60	No	6	7	40	35	38	35	1	0	0	0	1	Bajo	Medio	Alto	Adecuada	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
94	93	Especialidad	43	Con pareja	2	18	4	120	No	12	2	33	27	35	40	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Adecuada	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
95	94	Especialidad	30	Sin pareja	1	4	3	60	No	14	3	37	23	35	39	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Medio	Poca atenc	Excelente cl	Excelente rep	No pr	No prese	No prese	No presenta
96	95	Especialidad	52	Con pareja	2	30	23	105	No	14	2	33	23	20	22	0	0	0	0	0	Bajo	Bajo	Bajo	Poca atenc	Debe mejora	Debe mejora	No pr	No prese	No prese	No presenta

Anexo 12 : ARTÍCULO CIENTÍFICO

1. TÍTULO

Agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida en profesionales de enfermería del Centro Médico Naval 2016.

2. AUTOR

Br. Yésica Pamela Chucos Urcuhuaranga

Yecapame17@hotmail.com

Estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

3. RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como **objetivo general** analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016.

Las instituciones de salud en el país están en un proceso de reforma en la cual buscan mejorar la cobertura de atenciones en salud acorde a la necesidad de la población .En este esfuerzo el personal de salud se encuentra generalmente presionado por la competitividad, recargo de trabajo, estresado por los reclamos de las personas y probablemente no utilizando correctamente su inteligencia emocional que originan una mala percepción de su salud .Con esta investigación se busca ampliar los conocimientos que confirmen o discrepen con estudios anteriores en muestras y áreas geográficas diferentes.

En relación a la metodología es cuantitativa de alcance correlacional, responde al método deductivo, tiene un diseño no experimental, corte transversal; la población de estudio está conformada por 205 enfermeras; el tamaño de la muestra estuvo conformado por 92 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; el cual contiene la escala del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), que mide el agotamiento profesional; la escala TMMS-24 para medir la inteligencia emocional y la escala de Goldberg (GHQ-28) para medir la salud percibida.

Dentro de los resultados descriptivos se encontró que un 30.5% de las enfermeras laboran en el área de Medicina, tienen una edad promedio de 39.09

años, con un tiempo de permanencia en la institución de 14.33 años; así mismo el 72.6% trabaja solo en el Centro Médico Naval. Por otro lado en relación al agotamiento profesional; se determinó que el 74.7% de enfermeras encuestadas experimenta bajo nivel de agotamiento emocional, un 70.53 % experimenta bajo nivel de despersonalización y un 42.1% experimenta alto nivel de realización personal; en relación a la inteligencia emocional el 51.6 % de enfermeras encuestadas manifestó poca atención emocional, 49.5 % experimenta una adecuada claridad de sus sentimientos y un 58.9 % manifestó una adecuada reparación emocional. Así mismo en cuanto a la salud percibida un .1% presento síntomas somáticos, un 1.1% presento ansiedad e insomnio; no se encontró en las encuestadas disfunción social ni depresión grave.

En conclusión en el presente estudio se encontró relación estadísticamente significativa ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); entre el agotamiento emocional y la salud percibida es decir que de las dimensiones del agotamiento profesional solo el agotamiento emocional influye de manera directa en la salud percibida .Y en cuanto a las dimensiones de la inteligencia emocional no se halló relación estadísticamente significativa con la salud percibida.

Los resultados obtenidos, permitirán que la alta dirección de la institución conocedores de la problemática institucional en relación a las necesidades del personal, les permita gestionar las medidas necesarias a fin optimizar y garantizar las condiciones de trabajo, que permitan al personal laborar en un ambiente saludable el cual repercutirá favorablemente en la salud de las personas, igualmente promuevan un ambiente laboral saludable y de bienestar integral para los trabajadores, lo cual se traducirá en una mejor calidad de vida para el personal con lo cual se cumplirán los objetivos y las metas de la institución.

4. PALABRAS CLAVE

Agotamiento profesional, inteligencia emocional, salud percibida.

5. ABSTRACT

The present research work had as general objective to analyze the relationship between professional exhaustion, emotional intelligence and the health perceived by the professional of Nursing of the Naval Medical Center "Cirujano Mayor Santiago Távora" 2016.

The health institutions in the country are in a process of reform in which they seek to improve the coverage of health care according to the need of the population. In this effort health personnel are generally pressured by competitiveness, work surcharges, stressed by the claims of people and probably not using their emotional intelligence correctly that cause a poor perception of their health. This research seeks to expand knowledge that confirm or disagree with previous studies in samples and different geographic areas.

In relation to the methodology is quantitative of correlational scope, it responds to the deductive method, has a non-experimental design, cross-section; the study population consists of 205 nurses; the sample size consisted of 92 nurses. The technique was the survey and the instrument a questionnaire; Which contains the scale of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), which measures occupational burnout, the TMMS-24 scale for measuring emotional intelligence and the Goldberg scale (GHQ-28) for measuring perceived health.

Within the descriptive results it was found that 30.5% of the nurse's work in the area of Medicine, have an average age of 39.09 years, with a time of permanence in the institution of 14.33 years; 72.6% work in the Naval Medical Center alone. On the other hand in relation to the professional exhaustion; It was determined that 74.7% of the nurses surveyed experienced low levels of emotional exhaustion, 70.53% experienced low levels of depersonalization and 42.1% experienced a high level of personal fulfillment; In relation to emotional intelligence, 51.6% of nurses surveyed showed little emotional attention, 49.5% experienced adequate clarity of their feelings and 58.9% showed adequate emotional repair. Likewise, in terms of perceived health, 2.1% had somatic symptoms, 1.1% presented anxiety and insomnia; No social dysfunction or severe

depression was found in the respondents.

In conclusion, the present study found a statistically significant relationship ($r = 0.216$, $p \leq 0.05$); between emotional exhaustion and perceived health, is that from the dimensions of professional exhaustion only emotional exhaustion directly influences perceived health. And as for the dimensions of emotional intelligence, no statistically significant relationship was found with perceived health.

The results obtained will allow the senior management of the institution to be aware of the institutional problems in relation to the needs of the staff, enabling them to manage the necessary measures in order to optimize and guarantee working conditions that allow staff to work in a healthy environment Which will have a positive impact on the health of people, also promote a healthy work environment and comprehensive well-being for workers, which will result in a better quality of life for the staff, which will meet the objectives and goals of the institution.

6. KEYWORDS

Professional exhaustion, emotional intelligence, perceived health.

7. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad actual el nivel de competencia profesional se ha incrementado ya sea debido a la apertura de nuevas formas de adquirir el conocimiento o a las exigencias del usuario, es así que en este momento competitivo y de globalización, el personal de Salud tiene mayor exigencia laboral; por el cual el personal de salud preferentemente asistencial se enfrenta diariamente a estresores crónicos emocionales e interpersonales. Cartwright (como se citó en Bennett, Miller & Ross, 1995, p.1); tales como “atender el dolor, enfermos de gran dependencia, presenciar la muerte, la enfermedad terminal., además de situaciones de urgencia vital, presiones laborales, conflictos de rol y el contacto con familiares problemáticos” (De pablo Hernandez, 2007, p. 62), (Gil - Monte & Moreno, 2007, p.342).

Debido a estas circunstancias se pone en manifiesto el agotamiento profesional como respuesta al estrés crónico en el trabajo; conllevando a

consecuencias negativas a nivel individual y organizacional. Este agotamiento lleva a una pérdida de motivación que progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso; dicho agotamiento profesional se manifiesta a través del agotamiento emocional, o sentimiento de que ya nada se puede ofrecer a otra persona; del mismo modo se observa la despersonalización evidenciado a través de actitudes negativas e insensibles; luego en el aspecto de realización personal; que implica una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo. (Maslach & Jackson, 1981, p. 99), así mismo se observara “una moral baja, falta de contacto interpersonal, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima” Maslach y Jackson (como se citó en Lemus, 2014, p. 4).

Según Golembiewski y Munzenrider (como se citó en Álvarez & Fernández, 1991) el agotamiento profesional tiene consecuencias en el ámbito laboral debido a que la ineficacia del personal en el desarrollo de sus funciones, disminuye su productividad y rendimiento este hecho tendrá una repercusión en los costos económicos, ya que una persona agotada incrementa la accidentalidad y el ausentismo laboral consecuentemente se deteriorará la calidad de servicio de una institución. (p. 259).

Es por ello que “el personal asistencial de enfermería, como agente proveedor de los cuidados directos del pacientes son los más vulnerables a los efectos del estrés” (Harrison , Loiselle, Duquette, & Semenic, 2002, pp. 584-591); en el mismo sentido Mayer (como se citó en Extremera & Rey, 2007) refiere que “el personal de enfermería se enfrenta diariamente a situaciones estresantes por lo que debe recurrir a su inteligencia emocional que le permita comprender, procesar y regular sus emociones, lo cual le permitirá adaptarse a las circunstancias que le corresponda experimentar”(p.242), igualmente Bar-On (2006) expresa que “la Inteligencia Emocional ayuda a los trabajadores a manejar el estrés laboral promoviendo la capacidad de adaptación a entornos que suponen un reto”(p.14).Es decir una persona con escasa inteligencia emocional no será capaz de comprender y manejar sus emociones para dirigirlas de manera positiva por lo cual su nivel de empatía para alcanzar el éxito en su vida

profesional se verá limitado.

En este contexto se puede observar según Goleman (como se citó en Dueñas, 2002), que la inteligencia emocional es una habilidad que determina el grado de destreza que la persona puede conseguir en el dominio de sus otras facultades, por ello es considerada como la más importante de los factores que intervienen en el ajuste personal, en el éxito en las relaciones personales y en el rendimiento en el trabajo. (p.83).

Es por ello que si el personal asistencial de salud no logra engranar la inteligencia emocional frente las situaciones estresantes tendrá consecuencias negativas en su salud física; lo cual será evidenciado a través de: alteraciones cardiovasculares como hipertensión, fatiga crónica, cefaleas y migrañas; alteraciones gastrointestinales como el dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal; alteraciones respiratorias de tipo asma, alteraciones del sueño, alteraciones menstruales, dolores musculares o articulares. (Ortega & López, 2004, p. 145). Así mismo presentará “consecuencias en la salud psicológica; manifestado a través de ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo” (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001, p. 406).

Estos hechos según Taylor (como se citó en Shabani, Aishah, Ahmad, & Baba, 2010) repercuten en la salud percibida por el profesional ya que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por consiguiente evita en lo posible las relaciones que lo ponen en evidencia; agregada la falta la inteligencia emocional que ayuda a los personas a afrontar mejor los retos de la vida.(p.210) ,originaran que “las tensiones del trabajo conlleven al individuo a un ciclo vicioso del cansancio emocional en el cual cuanto más se intenta mejorar la situación esta empeora” Golembiewsky, Munzenrider y Stevenson (como se citó en Delgado,2003, p.28).

8. METODOLOGÍA

El presente estudio tiene el diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional causal. La **población** está conformado por 205 enfermeras que laboran en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora (CMST). El cálculo del tamaño de **muestra** se realizó según con la fórmula que establece la significancia del coeficiente de correlación lineal entre dos variables dando como resultado 92 enfermeras. Se utilizó un **muestreo** aleatorio sistemático obteniendo un $K=2$ es decir el intervalo $1/K = 2$ indica que cada dos personas se seleccionara hasta completar $n = 92$; se tuvo un arranque aleatorio de $(A=1)$, según el marco muestral ordenadas de manera alfabética.

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta a través de un cuestionario dividido en cuatro partes: En la primera parte se considera las características personales del profesional de enfermería: edad, sexo, estado civil, número de hijos, tiempo de servicio en la institución, tiempo de servicio en el área, número de pacientes por servicio, número de enfermeras por turno, tiempo usado para trasladarse de su casa al trabajo, tiene otro centro laboral, tipo de trabajo que realiza en el otro centro laboral, si la institución proporciona estímulos laborales; en la segunda parte del cuestionario para determinar agotamiento profesional se aplica el escala del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) de Christina Maslach y Susan Jackson (1981), adaptado al castellano por Gil-Monte en 1994 y Gil-Monte y Peiró en 1997, esta escala tiene tres dimensiones: Agotamiento emocional, que se mide en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. En las cuales se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, la despersonalización se mide en los ítems 5, 10, 11, 15, 22, y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento y la realización personal se mide en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo; según nuestra prueba piloto para la confiabilidad se obtuvo un α de Cronbach de Cronbach de 0.728. En la tercera parte del cuestionario para determinar la inteligencia emocional se aplica la Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Peter Salovey, John Mayer, Susan Lee, Carolyn Turvey y Tibor Palfai (1995), adaptado al español como TMMS-24 por Fernández, Extremera y Ramos (2004)

dicha escala tiene tres dimensiones: atención emocional cuenta con 8 ítems que va del ítem 1 al 8; claridad emocional con 8 ítems y comprende del ítem 9 al 16 y la dimensión reparación emocional cuenta con 8 ítems y va del ítem 17 al 24. Según nuestra prueba piloto para la confiabilidad se obtuvo una α de Cronbach de 0.903. En la cuarta parte del cuestionario para determinar la salud percibida se utilizó el General Health Questionnaire GHQ-28 de David Goldberg (1978), adaptado a la versión española por Lobo, Pérez –Echevarría y Artal (1986) esta escala tiene cuatro dimensiones: síntomas somáticos que van del ítem A1 al A7; Ansiedad e insomnio del ítem B1 al B7; Disfunción Social del ítem C1 al C7 y finalmente la dimensión depresión del ítem D1 al D7; para determinar la salud general percibida según las dimensiones se estableció el punto de corte 5/6 (no presenta/ presenta) y según nuestra prueba piloto para la confiabilidad se obtuvo una α de Cronbach de 0.832.

Para describir los datos, valores o puntuaciones de cada variable se realizó el análisis descriptivo y estos datos se presentaron en tablas de frecuencia, gráficos de barra y sector circular y en las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión tales como la media aritmética y desviación estándar. Igualmente para probar las hipótesis y generalizar los resultados obtenidos en la muestra se utilizó la estadística inferencial, con las variables cuantitativas se contrastó la normalidad y homogeneidad mediante la prueba de normalidad de Kolmogoróv-Smirnov para una muestra; encontrándose que las dimensiones de la variable agotamiento profesional, inteligencia emocional y salud percibida no siguen una distribución normal por lo que se empleó la prueba estadística no paramétrica, que en este caso fue el coeficiente de correlación por rangos de Spearman. Los cálculos estadísticos e inferenciales se llevaron a cabo con el software estadístico SPSS versión prueba con el nivel de significancia del 5%.

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta los principios de respeto, beneficencia y justicia con el fin de salvaguardar la integridad de los profesionales involucrados en el estudio. Así mismo se les informó a cada persona sobre su derecho a participar o no en la investigación, se les hizo entrega

del consentimiento informado donde se les explicó la naturaleza de la investigación, dejando constancia que su participación es libre y voluntaria, el manejo de la información fue confidencial y anónima, se respetó la libertad de las personas para declinar su participación en la investigación, sin que ello genere temor a represalias de cualquier tipo. En relación a la búsqueda de información y procesamiento de la información, se mantuvo el respeto de los derechos morales de los autores de las investigaciones consultadas, a través de la debida mención y reconocimiento de la autoría.

9. RESULTADOS

Dentro de los resultados descriptivos tenemos que un 56.8% de las encuestadas tienen pareja, el 30.5% laboran en el área de Medicina, un 72.6% del personal de enfermería trabajan solo en la institución, con un tiempo promedio de 14,33 años en la institución.

Por otro lado en relación al agotamiento profesional; se determinó que el 74.7% de enfermeras encuestadas experimenta bajo nivel de agotamiento emocional, un 70.53 % experimenta bajo nivel de despersonalización y un 42.1% experimenta alto nivel de realización personal; en relación a la inteligencia emocional el 51.6 % de enfermeras encuestadas manifestó poca atención emocional, 49.5 % experimenta una adecuada claridad de sus sentimientos y un 58.9 % manifestó una adecuada reparación emocional. Así mismo en cuanto a la salud percibida un 2.1% presento síntomas somáticos, un 1.1% presento ansiedad e insomnio; no se encontró en las encuestadas disfunción social ni depresión grave.

Para la prueba de las hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman obteniendo: En primer lugar una correlación positiva normal y directa entre la dimensión agotamiento emocional y la salud percibida, es decir a mayor agotamiento emocional, menor salud percibida esta correlación es estadísticamente significativo ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$), por lo cual se rechazó la hipótesis nula. En segundo lugar se encontró correlación positiva débil y directa entre la dimensión despersonalización y la salud percibida, es decir a mayor despersonalización, menor salud percibida, esta correlación no

es estadísticamente significativo ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechazó la hipótesis nula. En tercer lugar se encontró existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión realización personal y la salud percibida, es decir a menor realización personal, menor salud percibida, esta correlación no es estadísticamente significativo ($r=0,030$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechazó la hipótesis nula. En cuarto lugar se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la atención emocional y la salud percibida, es decir a mayor atención emocional, menor salud percibida esta correlación no es estadísticamente significativo ($r =0,076$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechazó la hipótesis nula significativo. En quinto lugar entre las dimensión claridad de los sentimientos y salud percibida se encontró correlación negativa débil e inversa es decir a mayor claridad de los sentimientos, mejor salud percibida, esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = -0,161$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechazó la hipótesis nula. Finalmente en sexto lugar se encontró correlación positiva débil e inversa entre la dimensión reparación emocional y la salud percibida, es decir a menor reparación emocional menor salud percibida, esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = - 0,170$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechazó la hipótesis nula.

10. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el agotamiento profesional, inteligencia emocional y la salud percibida por el profesional de Enfermería del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016. En este sentido se encontró que de la variable agotamiento profesional; solo el agotamiento emocional influye de manera directa con la salud percibida; diferente resultado encontró Sanclemente, Elboj e Iñiquez (2014) en el estudio “Burnout en los profesionales de Enfermería en España: Estado de la Cuestión” en cual observaron una alta incidencia del síndrome con porcentajes de 18 a 33% en la profesión de enfermería debido a las características de su profesión, estas cifras demuestran la magnitud de prevalencia y riesgo para la salud de las enfermeras. Así mismo Santivañez (2016) en su estudio titulado “Burnout y Salud en profesionales de Enfermería de un Hospital Nacional de Huancayo” determinó que las tres dimensiones del síndrome de Burnout se relacionan

significativamente con la salud mental manteniendo una correlación alta e inversa con las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. Por otro lado en cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable inteligencia emocional y la salud percibida por la enfermera del Centro Médico Naval no se encontró significancia estadística ($p \geq 0.05$); este resultado no guarda relación con lo encontrado en el metaanálisis realizado por Martins, Ramalho y Morin (2010) titulado "A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health" en la cual hallaron una fuerte asociación entre inteligencia emocional y salud percibida ($r=0.34$)

En cuanto a la relación entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería; se determinó una correlación positiva normal y directa con la salud percibida; es decir a mayor agotamiento emocional, menor salud percibida, esto se estableció mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de rho de Spearman ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); así mismo se encontró que el 74.7% de las encuestadas presentaron bajo agotamiento emocional y solo el 5.3% presento alto agotamiento emocional; similar resultado encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" en el cual encontraron un 67.4% de enfermeras con bajo agotamiento emocional, no obstante entre agotamiento emocional alto y moderado representaron el 32.6% de enfermeras de cuidados intensivos. A diferencia de Ayala (2013) en su estudio "Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú" en el cual solo el 25% presento bajo agotamiento emocional frente a un 75% de encuestados que oscilan entre medio a alto agotamiento emocional. Este hecho podría deberse a que el personal de enfermería del Centro Medico Naval hace un mayor uso de su mecanismo de afrontamiento frente a las situaciones de estrés o tensión lo cual le ha permitido sobrellevar el desgaste ya sea a nivel físico, emocional o conductual.

En relación al objetivo; Determinar la relación entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería. se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión despersonalización y la salud percibida, es decir a mayor despersonalización, menor salud percibida, sin

embargo en el presente estudio mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$). Así mismo se encontró que un 70.5% de las encuestada presento baja despersonalización frente a un 14.7% con alta despersonalización ; Similar resultado encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" identificando a un 65.1% con riesgo bajo de despersonalización y el 16.3% tienen riesgo alto de presentar despersonalización. A diferencia de Apari (2012) en su estudio "síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería del Hospital Rezola – Cañete" determinó que el 76% de las encuestadas tienen bajo nivel de despersonalización y solo un 4% un alto nivel de despersonalización. Este resultado podría estar en relación con el incremento en la afluencia de pacientes y el mayor requerimiento de camas hospitalarias.

En cuanto al objetivo: Determinar la relación entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente estudio se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la dimensión realización personal y la salud percibida , es decir a menor realización personal , menor salud percibida, no obstante mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,030$, $p \geq 0.05$), Así mismo se encontró que un 30.5% de las encuestadas presentan baja realización personal y 42.1% con alta realización personal; similar resultado encontró Acurio y Córdoba (2014) en su estudio "valoración del síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del hospital Eugenio Espejo" donde identificaron que el 37.2% presento baja realización personal y un 27.9% alta realización personal. Es decir un porcentaje importante del personal de Enfermería de la institución percibe que con su labor desempeñada hasta el momento todavía no ha logrado una adecuada realización personal.

Del objetivo determinar la relación entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería se encontró que existe correlación positiva débil y directa entre la atención emocional y la salud percibida, es decir a mayor atención emocional, menor salud percibida, mediante la prueba no

paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = 0,076$, $p \geq 0.05$). Así mismo se encontró que el 46.3% de las encuestadas presento una adecuada atención emocional, similar resultado encontró Celestino (2013), en su estudio “ Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General” encontrando a un 42% de encuestados con una adecuada atención emocional. A diferencia de Meléndez (2013) quien en su estudio “Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros” encontró que un 66% de encuestados presta poca atención a sus emociones.

En cuanto al objetivo determinar la relación entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente estudio se encontró que existe correlación negativa débil e inversa entre la dimensión claridad de los sentimientos y la salud percibida , es decir a mayor claridad de los sentimientos , mejor salud percibida, sin embargo mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = -0,161$, $p \geq 0.05$), Así mismo se encontró que un 22.1% de las encuestadas deben de mejorar su claridad de los sentimientos, similares resultados encontró Celestino(2013), en su estudio “ Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General” en la cual el 50% de los encuestados tuvieron una adecuada claridad de los sentimientos y un 31% debe de mejorar su claridad de sentimientos. Resultado diferente obtuvo Meléndez (2013) quien en su estudio “Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros” encontró que un 40% debe de mejorar la claridad de sus sentimientos.

Al respecto del objetivo: Determinar la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería en el presente estudio se encontró que existe correlación positiva débil e inversa entre la dimensión reparación emocional y la salud percibida , es decir a menor reparación emocional menor salud percibida, mediante la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman se encontró que esta correlación no es estadísticamente significativo ($r = - 0,170$, $p \geq 0.05$) .Igualmente

se encontró que 58.9% de las encuestadas presentan una adecuada reparación emocional y solo el 8,4% debe mejorar su reparación emocional. Contrario a lo encontrado por Celestino (2013) en su estudio "Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud General" en la cual identifiqué que el 16% debe mejorar su reparación emocional. Este resultado difiere con lo hallado por Meléndez (2013) quien en su estudio "Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros" determinó que el 46% de sus encuestados tiene una inadecuada reparación emocional.

En el presente estudio se encontró relación estadísticamente significativa ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); entre el agotamiento emocional y la salud percibida es decir que de las dimensiones del agotamiento profesional solo el agotamiento emocional influye de manera directa en la salud percibida. Por otro lado la alta dirección del Centro Médico Naval debe considerar el perfil del profesional de enfermería y la respuesta de este en ante la problemática institucional, de esta forma se pueda gestionar las medidas necesarias que optimicen y garanticen las condiciones de trabajo, que permitan al personal laborar en un ambiente saludable el cual repercutirá favorablemente en la salud de las personas, igualmente promuevan un ambiente laboral saludable y de bienestar integral para los trabajadores, lo cual se traducirá en una mejor calidad de vida para el personal con lo cual se cumplirán los objetivos y las metas de la institución.

11. CONCLUSIÓN

PRIMERA: En el presente estudio se encontró que de la variable agotamiento profesional; solo el agotamiento emocional influye de manera directa con la salud percibida. En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable inteligencia emocional y la salud percibida no se encontró significancia estadística ($p \geq 0.05$)

SEGUNDA: Se encontró relación estadísticamente significativa ($r = 0,216$, $p \leq 0.05$); entre el agotamiento emocional y la salud percibida por el profesional de

enfermería; es decir cuanto mayor agotamiento emocional, menor salud percibirá el profesional

TERCERA: No se encontró relación estadísticamente significativa entre la despersonalización y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,070$ $p \geq 0.05$).

CUARTA: No se estableció relación estadísticamente significativa entre la realización personal y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,030$, $p \geq 0.05$).

QUINTA: No hay relación estadísticamente significativa entre la atención emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = 0,076$, $p \geq 0.05$).

SEXTA: No se encontró relación estadísticamente significativa entre la claridad de sentimientos y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = -0,161$, $p \geq 0.05$).

SEPTIMA: En el presente estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre la relación entre la reparación emocional y la salud percibida por el profesional de enfermería ($r = -0,170$, $p \geq 0.05$).

12. REFERENCIAS

Acurio, H., & Cordoba, M. E. (2014). *Valoración del Síndrome de Burnout en la Salud de las Enfermeras de Cuidados Intensivos del Hospital Eugenio Espejo*. (Tesis de post grado), Universidad Central de Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado el 10 de junio de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Valoraci%C3%B3ndel+Sindrome+de++Burnout+en+la+Salud+de+las+Enfermeras+de+Cuidados+Intensivos+del++Hospital+Eugenio+Espejo&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5.

Alvarez Gallego, E., & Fernandez Rios, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional(I): revisión de estudios. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <https://scholar.google.com.pe/scholar?q=El+Sindrome+de%22+Burnout%2>

2+o+el+desgaste+profesional%28I%29%3A+revisi%C3%B3n+de+estudios
&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5.

Apari Palomino, O. (2012). Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería del Hospital "Rezola"-Cañete, febrero-julio, 2012. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 8(2), 121-135. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/684>.

Ayala Cárdenas, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post grado, Lima. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf.

Bar-On, R. (2006). Model of emotional - social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(suplemento), 13-25. Recuperado el 10 de junio de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Model+of+emotional+-+social+intelligence+%28ESI%29&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5.

Bennett, L., Miller, D., & Ross, M. (1995). *Health Workers and AIDS research intervention and current issues in Burnout and response*. Switzerland: Harwood Academic Publishers. Recuperado el 15 de junio de 2016, de <https://www.google.com/search?tbm=bks&q=Health+Workers+and+AIDS+r+research+intervention+and+current+issues+in+Burnout+and+response#tbm=bks&q=Bennett%2C+Lydia%3B+Miller%2C+David%3B+Ross%2C+Michael>

Celestino Sánchez, A. M. (2013). *Modelos Multivariantes para describir las estructuras de covariación entre Inteligencia Emocional, Desgaste Profesional y Salud Percibida*. (tesis doctoral), Universidad de Salamanca, Departamento de estadística, Provincia de Salamanca, España. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de

http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/121422/DES_CelestinoSanchezMiguelAngel_Tesis.pdf?sequence=1.

De pablo Hernandez, C. (2007). El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing(Edición Española)*, 25(8), 60-65. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538207709792>

Delgado Vásquez, A. (2003). El Síndrome del "Burnout" en profesores de educación secundaria en Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 6(2), 26-47. Recuperado el 19 de agosto de 2016, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/5149>

Dueñas Buey, M. L. (2002). Importancia de la inteligencia emocional:un nuevo reto para la orientación educativa. *Revista Educación XX1*(5), 77-96. Recuperado el 18 de setiembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600505>.

Extremera Pacheco, N., & Rey, L. (enero -abril de 2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout ,engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*(342), 239-256. Recuperado el 25 de agosto de 2016, de http://www.revistaeducacion.educacion.es/re342/re342_12.pdf.

Gil Monte, P., & Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo :grupos profesionales en riesgo*. Madrid: Ediciones Pirámide. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de <https://books.google.com.pe/books?id=YXLMLAAACAAJ&dq=El+sindrome+de+quemarse+por+el+trabajo+:grupos+profesionales+en+riesgo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjY5dLgqNLRahXJKyYKHUvRDU0Q6AEIGjAA>.

Harrison , M., Loiselle, C., Duquette, A., & Semenic, S. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered

nurses in Quebec. *Journal of advanced nursing*, 38(6), 584-591. Recuperado el 10 de agosto de 2016, de https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Hardiness%2C+work+support+and+psychological+distress+among+nursing+assistants+and+registered+nurses+in+Quebec&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5.

Lemus Nolasco, M. Y. (2014). *Síndrome de Burnout en médicos residentes de primer año, de especialidades Médico Quirúrgicas*. (tesis de Maestría), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala . Recuperado el 15 de setiembre de 2016, de http://www.repositorio.usac.edu.gt/729/1/05_9461.pdf.

Martins, A., Ramalho, N., & Morin , E. (10 de mayo de 2010). A comprehensive meta-analytic of the relation ship between emotional intelligence and health. *Elsevier:Personality and individual differences*, 49(2010), 554-564. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32630224/Paper_PAID_2010_Published.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485850947&Signature=ZoWoBWJ9hf0FPHMXv91IlqNNkE8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_comprehensive_meta-

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experience Burnout. *Journal of occupational Behaviour*, 2(issue 2), 99-113. Recuperado el 12 de setiembre de 2016, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52,397-422. Recuperado el 20 de setiembre de 2016, de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41682779/Job_Burnout20160128-8141-18je454.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486785214&Signature=xs7EdiLHkyPuRO2%2BCiFWD6Qy8Uc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DJ_OB_B_URNOU.

Meléndez Chavez, S., Santes Bastian, M., & Del Angel Salazar, E. M. (Septiembre de 2013). Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros. *Revista Metas en Enfermería:Enfermería21*(7). Recuperado el diciembre de 2016, de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80496/>.

Ortega , R. C., & López, R. F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios:revisión y perspectivas. *International Journal of clinical and health psychology*, 4(1), 137-160. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>

Sanclemente Viñue, I., Elboj Saso, C., & Iñiquez Berrozpe, T. (01 de diciembre de 2014). Burnout en las profesionales de Enfermería en España :Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 17(10), 17-23. Recuperado el 5 de diciembre de 2016, de <https://medes.com/publication/95625>

Santivañez Santivañez, A. (2016). *Burnout y Salud en profesionales de Enfermería de un hospital Nacional de Huancayo*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas:Especialidad de Psicología, Lima. Recuperado el 2017, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7694>

Shabani, J., Aishah Hassan, S., Ahmad, A., & Baba, M. (diciembre de 2010). Exploring the relationship of emotional intelligence with mental. *International Journal of Psychological studies*, 2(2), 209-216. Re

13. RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue solventado económicamente por la estudiante; así mismo se pudo realizar gracias al apoyo incondicional del docente del curso, así como a las participantes que gustosamente brindaron su tiempo para el desarrollo de la encuesta, a mis amigas de la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del centro médico naval que apoyaron en el proceso de recolección de datos y lógicamente gracias a mis amados padres que me brindaron el 100% de aliento para continuar

A mi esposo e hijas que tuvieron toda la paciencia para soportar mis ausencias en las largas horas de elaboración del presente estudio.