

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS
DE UN HOSPITAL MINSA Y ESSALUD DE CHICLAYO-2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Bach. Mera Olivares Diego Adrián

Bach. More Durán Erika Natalí

Chiclayo junio de 2014

**DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS DE UN
HOSPITAL MINSA Y ESSALUD DE CHICLAYO-2013**

POR:

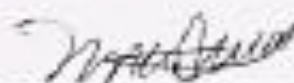
Bach. Mera Olivares, Diego Adrián

Bach. More Durán, Erika Natali

Presentada a la Facultad de Ciencias Clínicas de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

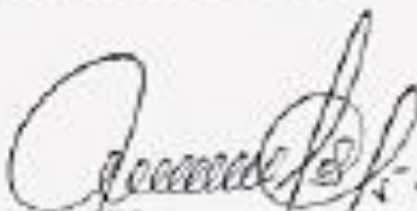
APROBADO POR:



Mgtr. Blanca Mariana Rojas Jiménez
Presidente de Jurado



Lic. Ps. Fiorella Melissa Velásquez Tuesta
Secretario de Jurado



Lic. Ps. Lucía Elsa Arango Morales
Vocal de Jurado

CHICLAYO, 2014

Dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas
críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

Mera Olivares Diego Adrián

More Durán Erika Natalí

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Antecedentes	8
Marco teórico	11
Marco conceptual	28
Variables e hipótesis	29
Método	30
Tipo de estudio	30
Diseño de investigación	30
Población	30
Procedimiento	31
Instrumento	32
Aspectos éticos	34
Procesamiento y análisis de datos	34
Resultados	36
Discusión	44
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Bibliografía	54
Apéndices	61

Resumen

La presente investigación 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. Se realizó un trabajo descriptivo comparativo con 141 profesionales, utilizándose el Inventario Burnout de Maslach, cuyos ítems son válidos al nivel de confianza del 99%. Se obtuvo como resultado que entre ambos hospitales, existen diferencias en dos de las dimensiones del síndrome de burnout, siendo estas, cansancio emocional y despersonalización. Respecto a los niveles de las dimensiones del síndrome, el nivel alto de cansancio emocional es mayor en ESSALUD (20%) que en MINSA (9%), despersonalización en nivel alto, es mayor en ESSALUD (20%) que en MINSA (9%), y el nivel bajo de realización personal, es mayor en ESSALUD (9%) que en MINSA (5%).

Palabras clave: Síndrome de burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, profesionales de enfermería.

Dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

La actividad laboral se ha convertido hoy en una carrera contra el tiempo, profesionales de diversa índole, suelen distribuir su semana laboral en múltiples y muchas veces engorrosas actividades, todo ello debido al nivel de exigencia que sus servicios les demandan. En un contexto de este tipo, es que llegan a sentirse asediados por una sobrecarga de labores, a lo cual suelen sumarse conflictos interpersonales, insatisfacción económica o el simple hecho de tener que afrontar condiciones adversas.

Factores como los mencionados, articulados de manera tal, pueden hacer que los profesionales experimenten estrés laboral continuo, ante el cual, muchas veces se encuentran desprovistos de características personales que les permitan hacer frente a esta coyuntura.

De esta manera quedaría preparado el camino para la aparición del síndrome de burnout que consiste en la presencia de respuestas negativas de los profesionales ante las situaciones que se les presentan en el trabajo cotidiano. Según Jackson & Maslach (1981) este síndrome se manifiesta en tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal) las cuales tienen repercusión a nivel personal; entre ellas figuran cansancio, sentimientos de incompetencia, cinismo e irritabilidad. Asimismo, se evidencian repercusiones en el ámbito institucional, tales como, suspensiones, accidentes laborales, problemas interpersonales y baja calidad en el servicio.

La prevalencia de este síndrome ha venido creciendo a pasos agigantados durante los últimos años, a tal punto de considerarlo como un importante problema de la salud pública. Braga, Flichtentrei, Grau, Prats y Suñer (2009) constataron que este síndrome se

presenta en el 14,4% del personal de salud de Argentina, 4% en Ecuador, 4,3% en Colombia y en un 4,3% en Perú.

Por su parte, Del Río, Perezagua y Vidal (2003) plantearon que a nivel mundial, un 17,8% del personal de enfermería sufre del síndrome de burnout. Estos autores mencionan que los profesionales de la salud son los más propensos a desarrollar este síndrome, y más aún los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas, quienes se encuentran en constante tensión emocional, generada por situaciones extremas y circunstancias impredecibles a las que suelen exponerse, a ello se suma el tener que socorrer a personas en estado crítico de salud y la alta demanda de eficiencia que esto implica, la sobrecarga de labores, las horas de guardia o el hecho de cumplir las exigencias del paciente, el médico y la familia. Así también, influyen los estresores propios del tipo de hospital al que pertenezcan.

En el Perú, las principales organizaciones de salud son el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Si se reconoce que ambos representan contextos laborales distintos, cada uno con características propias que pueden ser generadores de estrés, ello hace presumir que no hay certeza para reconocer si difiere o no la manera como se presentan las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de dichas entidades.

Frente a lo expuesto, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013?

Para entender el nivel de importancia de esta investigación es necesario reconocer que de hallarse síndrome de burnout, la necesidad de intervenir eficazmente y de reducir

sus niveles es de carácter prioritario. Es por ello que la presente investigación será útil para los profesionales de la salud mental, ya que partiendo de los resultados, tomarán las medidas convenientes para actuar oportunamente sobre aquellas dimensiones que merezcan atención, contribuyendo de esta manera al logro del bienestar personal en estos profesionales, y como consecuencia directa, a mejoras en la calidad de atención al paciente.

Por otro lado, los resultados obtenidos en este trabajo contribuirán al Instituto Nacional de Salud (organismo del Ministerio de Salud que tiene entre sus objetivos, la investigación de problemas prioritarios de salud ocupacional) debido a que facilitará la toma de decisiones, así como el delineamiento de propuestas y normas relacionados al síndrome tratado.

Este trabajo también aportará a la comunidad científica, porque servirá como precedente que permita entender mejor la realidad del fenómeno estudiado en los profesionales de enfermería de áreas críticas de MINSA y ESSALUD, lo cual abrirá camino a nuevos planteamientos y futuras investigaciones relacionadas con el particular.

A la luz de lo expresado, el objetivo general del presente estudio fue determinar si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013, para el logro del mismo fue necesario plantear los siguientes objetivos específicos: identificar y comparar los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013, identificar si existen diferencias entre las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013, y por último, identificar y comparar los niveles de las

dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013.

Síndrome de burnout

Antecedentes

A nivel internacional, Álvarez y Bocanegra (2012) determinaron el nivel de síndrome de burnout en una población de 132 enfermeros(as) de un nosocomio del seguro social de Colombia. Utilizaron el Inventario Burnout de Maslach y concluyeron que en la dimensión de cansancio emocional, el mayor porcentaje de enfermeras se encontró en la categoría medio con 40,9%, el 36,4% en la categoría bajo y el 22,7% para la categoría alto. En cuanto a la dimensión de despersonalización, un 68,2% de los profesionales se encontró en la categoría bajo, un 18,2% en la categoría alta y un 13,6% en la categoría media. Respecto a la dimensión de realización personal, se halló que el 72,7% de enfermeras(os) cuenta con un nivel alto, 18,2% con medio y un 9,1% con un nivel bajo.

Cruz y Merino (2008) investigaron el síndrome de burnout y su relación con factores sociales y laborales en profesionales de enfermería que trabajan en unidades de emergencias de centros asistenciales del Ministerio de Salud de Chile. Utilizando el Inventario Burnout de Maslach, obteniendo como resultados que un 19,6% presenta cansancio emocional alto, un 8,1% despersonalización alta y 34,8% para baja realización profesional.

Álvarez, García, Huerta y Palma (2003) estudiaron el síndrome de burnout en enfermeras de un hospital perteneciente al Seguro Social de México. Para la investigación se utilizó el Inventario Burnout de Maslach, obteniéndose como resultado que el 89% presentan bajo nivel de cansancio emocional, 82% bajo nivel de despersonalización y 20% bajo nivel de realización personal.

Núñez (2002) determinó la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de 72 enfermeras de áreas críticas de un hospital perteneciente al Ministerio de Salud de

Venezuela. Como instrumento utilizó el Inventario Burnout de Maslach, encontrando que el 51,4% de los profesionales participantes presentan un cansancio emocional bajo, 27,8% medio y 15,3% alto. Referente a la dimensión despersonalización, se identificó que el 43,1% de ellos puntúan en un nivel bajo, 33,3% en un nivel medio y 18,1% en un nivel alto, en cuanto a la realización personal, encontraron que el 58,3% evidencia un bajo nivel, el 19,4% alto y el 16,7% medio.

En el ámbito nacional, Atoche, Medina, Quispe, Ruíz e Yslado (2011) analizaron los factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con el síndrome de burnout en profesionales de salud en Perú en una población conformada por médicos, enfermeras(os) y obstetras de cinco hospitales pertenecientes al MINSA de la zona sierra de Ancash. Se utilizó el Cuestionario Síndrome de Quemado por el trabajo y el Inventario Burnout de Maslach. Encontrando que el 78,9% de enfermeras manifiestan un nivel inicial de burnout, y según las dimensiones estudiadas, una proporción del 67,1% muestra cansancio emocional alto, 61,2 % despersonalización alto y 55,7% un nivel bajo de realización personal.

Gamonal, García y Silvia (2008) determinaron la existencia del síndrome de burnout en enfermeras de Lima que laboran en un hospital de nivel III perteneciente al MINSA. Para obtener los datos necesarios se utilizó el Inventario Burnout de Maslach en versión traducida y validada en el Perú. Encontrándose que en la población existe un predominio del nivel bajo en todas las dimensiones de burnout: cansancio emocional en 67%, despersonalización en 80% y baja realización personal en 66%.

Cuba, López y Zegarra (2006) determinaron los factores asociados al síndrome de Burnout en una muestra de enfermeras que laboran en áreas críticas de un hospital nacional de ESSALUD. Utilizaron como instrumento Inventario Burnout de Maslach. Se obtuvo como resultados que en cuanto a la dimensión de cansancio emocional el 6,8% de

las enfermeras presentan un nivel alto, el 31,8% un nivel medio y el 61,4% un nivel bajo; respecto a la dimensión de despersonalización se encontró que el 13,6% evidencia nivel alto, 36,4% nivel medio y 50% un nivel bajo. Por otro lado, en relación a la dimensión de realización personal, el 6,8% presenta niveles bajos, 20,5% niveles medios y 72,7% en un nivel alto.

A nivel local, Ameghino, Chumioque, Cieza y Fernández (2011) en una muestra del personal de salud perteneciente al MINSA y ESSALUD de Lambayeque, determinaron la prevalencia del Síndrome de Burnout en dichas instituciones. Se obtuvo que en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, el 41% de la población evaluada presentó burnout, en el Hospital Naylamp el 48% y en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui el 11% de los evaluados presentaron síndrome de burnout. Por otro lado, referente a los hospitales pertenecientes al MINSA, tenemos que en el Hospital Regional Docente Las Mercedes el 45,5% de trabajadores presentaron este síndrome, 25% en el Hospital Docente Belén y ninguno en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

Buleje (2003) con la finalidad de encontrar la relación entre síndrome de burnout y clima laboral en personal de salud de sala de operaciones y de consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de ESSALUD de Chiclayo, realizó un estudio sobre una población de 174 trabajadores, utilizando el Inventario Burnout de Maslach y la Escala de Clima Social en el Trabajo. Se obtuvo que existe un 84,7% de trabajadores de consultorio externo con síndrome de burnout y un 92,5% en trabajadores de sala de operaciones.

Marco teórico

Perspectivas y teorías explicativas del síndrome de burnout

Fue Freudenberguer quien a partir del año 1974 realizó los primeros estudios sobre el síndrome de burnout, desde ese momento diferentes autores han elaborado teorías explicativas que puedan sustentar su etiología de manera satisfactoria y poner de manifiesto sus consecuencias negativas sobre la persona (Gil-Monte, 2006).

Según Tonon (2004) estas teorías parten de la psicología clínica, la psicología social y la psicología de las organizaciones. Este autor considera que las propuestas más difundidas y aceptadas en el campo de la investigación, son dos, la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial.

Perspectiva clínica

Para Burich (como se citó en Buzzetti, 2005) esta perspectiva se adoptó desde las primeras investigaciones sobre este concepto, y fue propuesta por Freudenberguer. Desde esta postura este síndrome es considerado como un estado de cansancio físico, emocional y mental, producto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de personalidad y gatillado por el estrés en el trabajo. A pesar de ello, en la actualidad se ha encontrado mayor evidencia que da soporte a teorías de carácter psicosocial.

Perspectiva psicosocial

Esta perspectiva considera al síndrome como un proceso que se desarrolla por interacción de características del entorno laboral y personales. Asimismo, señalan que el síndrome se presenta como resultado de la exposición al estrés laboral durante prolongados períodos de tiempo (Chacón y Grau, 1998).

Gil-Monte y Peiró (1999) manifiestan que bajo este enfoque el síndrome de burnout “se caracteriza por el desarrollo de una idea de fracaso profesional, la vivencia de estar emocionalmente agotado y la presencia de actitudes negativas”.

Según lo propuesto por estos autores el síndrome tiene su manifestación a nivel cognitivo, afectivo y actitudinal, evidenciando repercusiones en el ámbito personal, así como en las relaciones interpersonales.

Chacón y Grau refieren que a diferencia de la perspectiva clínica, esta visión analiza al síndrome de burnout como un proceso dinámico, producto de la interacción de varios factores (como se citó en Buzzetti, 2005).

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1999) reconocen cuatro modelos principales para explicar la aparición del síndrome:

Teoría psicodinámica.

Pines (2002) explica que las personas sienten una gran necesidad de creer que su vida y su trabajo son significativos, y por lo tanto, cuando el trabajo no logra satisfacer esa necesidad, frustra el logro de metas, volviendo a las personas vulnerables a presentar el síndrome de burnout.

Teoría sociocognitiva.

Se caracteriza por explicar el desarrollo del síndrome a través de variables relacionadas con la autoeficiencia, autoconfianza y autoconcepto. Esta teoría considera además, que las creencias que tenga la persona de sus propias capacidades, determinará el empeño que pondrán para conseguir sus objetivos, como también sus reacciones emocionales. Cuando las creencias que la persona tiene sobre sí misma son negativas, probablemente tenga mayor predisposición a desarrollar el síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Teoría del intercambio social.

Esta teoría sostiene que el síndrome de burnout tiene su etiología en las dificultades en los procesos de afiliación, en la constante comparación social con los compañeros de trabajo y en los procesos de intercambio social propios de la asistencia a personas (Schaufeli & Schreurs, 1999).

Teoría organizacional.

Según Gil-Monte y Peiró (1999) esta teoría pone énfasis a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento empleadas. Por su parte, Winnubts otorga vital importancia a variables como los roles, la salud organizacional, la estructura y el clima organizacional (como se citó en Gil-Monte, 2006).

Por otro lado, Golembiewski da relevancia al papel de la sobrecarga y los roles, como elementos necesarios para el desarrollo del síndrome (como se citó en Gil-Monte y Peiró, 1999).

Buzzetti (2005) siguiendo esta teoría afirma el síndrome de burnout se presenta en todos los niveles organizacionales, y que se origina de las relaciones entre las personas y las condiciones externas.

Para Maslach, Leiter & Schaufeli (2001) es de gran importancia delimitar el síndrome de burnout bajo una perspectiva organizacional, ya que los factores organizacionales son más fáciles de intervenir y controlar para evitar el síndrome, a diferencia de los factores de personalidad o demográficos (sexo, edad, estado civil). Dentro de la teoría organizacional, Gil-Monte y Peiró (1999) destacan los siguientes modelos:

Modelo de Edelwich y Brodsky.

Este modelo propuesto en 1980 plantea que el síndrome de burnout tiene cuatro fases, la primera caracterizada por el entusiasmo del trabajador, quien posee

expectativas irreales o desconoce realmente las funciones que debe realizar en su puesto de trabajo, la segunda etapa supone un estancamiento profesional, producido en su mayoría por las condiciones laborales adversas, lo cual da lugar a la tercera fase que es de frustración, que viene acompañada por problemas emocionales, fisiológicos y conductuales. A la etapa final, se denominan apatía y es considerada un mecanismo de defensa frente a la frustración. Según estos autores, este proceso es de carácter cíclico, por lo que se puede repetir en distintos momentos de la vida del trabajador (Gil-Monte, 2006).

Modelo de Price y Murphy.

Este modelo postulado en 1984 explica al proceso del síndrome en seis fases: la primera es desorientación por parte del profesional respecto a sus responsabilidades, lo cual genera inestabilidad emocional propia de la segunda fase, ella se ve reforzada por la falta de apoyo por parte del entorno, de este modo se da inicio a la tercera fase caracterizada por sentimientos de culpa debido al fracaso profesional. La cuarta fase es una etapa de soledad y tristeza, desencadenante de la quinta fase, caracterizada por la solicitud de ayuda por parte del profesional a su medio, de recibirla se llegaría a la sexta fase que es la de equilibrio, sin embargo de no ser así, el profesional quedaría estancado en esta quinta fase (Gil-Monte, 2006).

Modelo tridimensional.

El modelo tridimensional de Leiter y Maslach, postulado en 1981, reconoce al síndrome de burnout como una experiencia individual y crónica de estrés, concibiéndolo como un síndrome psicológico conformado por tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y una reducida realización personal (como se citó en Mena, 2010).

Maslach y Leiter (como se citó en Gil-Monte, 2006) parten del modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman, planteando un modelo propio, el cual caracteriza al síndrome de burnout como un proceso en el que cada dimensión guarda un vínculo directo entre ellas.

En cuanto a las relaciones entre las dimensiones, Maslach y Leiter (como se citó en Gil-Monte, 2006), proponen que existe relación entre baja realización personal y cansancio emocional, se trata de un vínculo directo, ya que cualquier tipo de creencia que las personas desarrollen sobre sí mismos, afectará en sus procesos afectivos. Así también, la conexión entre baja realización personal y despersonalización queda justificada debido a que la percepción de bajo rendimiento y fracaso generan frustración. Por último, la relación entre cansancio emocional y despersonalización se sustenta en que el primero es una respuesta a la tensión, mientras que a la despersonalización es considerada una estrategia para manejar dicha tensión.

Como se ha observado, la perspectiva psicosocial alberga en sí teorías como la psicodinámica, sociocognitiva, del intercambio social y por último la organizacional, la presente investigación adoptará como fundamento al modelo tridimensional de Leiter y Maslach, propio de la teoría organizacional, considerándola como el enfoque, que a diferencia de los otros, ha desarrollado una mayor sistematización del fenómeno en mención.

Conceptualización del síndrome de burnout

El término burnout fue utilizado por primera vez por Freudenberguer en 1974 para referirse a problemas de los servicios sociales. Sin embargo, se da a conocer públicamente a la comunidad científica en 1977 por Maslach, psicóloga social, quien usó esta expresión en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) para referirse a

una situación cada vez más frecuente en los trabajadores de los servicios humanos, manifestando que después de un tiempo prolongado de dedicación, estos trabajadores acababan quemándose (como se citó en Gil-Monte, 2006).

Maslach & Jackson (1985) lo definen como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización, y por una reducida realización personal, que puede producirse entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes, el cual corresponde a un estrés crónico.

Así también, lo consideran una condición desagradable y desfavorable tanto para las personas como para las organizaciones. Asimismo, se reconoce que la gravedad de este síndrome radica en su relación con el deterioro en la calidad de atención, ausentismo, rotación, bajo rendimiento laboral y malestar (Maslach & Jackson, 1981,1985).

Maslach (2009) afirma que en los últimos veinticinco años este síndrome se ha vuelto bastante común y extendido, indicando la existencia de una alteración en la relación de las personas con su trabajo, ya que la considera una reacción a la constante acumulación de estresores ocupacionales.

Maslach & Leiter (1997) refieren que a medida que otras profesiones se orienten más al servicio personal del cliente, el fenómeno del burnout se hará cada vez más frecuente.

Maslach, Jackson & Leiter (1996) explican que el síndrome de burnout ha venido siendo estudiado en participantes de una amplia gama de ocupaciones, sin embargo, existen mayores resultados de investigaciones basadas en muestras de profesionales del cuidado de la salud, educación y servicios humanos. Sin embargo, tal como lo afirma Maslach (1982), el síndrome de burnout suele presentarse también en profesionales de la salud mental, del sistema de justicia criminal y religiosos.

La definición de Maslach & Jackson (1985) es la más consolidada, razón por la cual es asumida en esta investigación, ya que permite tener una perspectiva más amplia y comprensible de la variable, dando información precisa y permitiendo diferenciarla fácilmente de otros fenómenos psicológicos.

Dimensiones que integran el síndrome de burnout según Maslach

Según Herruzo y Moriana (2004), desde la postura de Maslach y Jackson el síndrome de burnout genera una respuesta a partir de tres dimensiones:

Cansancio emocional

Esta dimensión describe los “sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo” (Maslach & Jackson, 1981).

Conforme a esta definición, Maslach (2009) afirma esta dimensión se determina por el surgimiento de sentimientos de debilidad y agotamiento frente a las exigencias del trabajo, existe además dificultad en las personas para hallar alguna fuente de reposición.

Además, se caracteriza por una progresiva pérdida de energía vital y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Esta dimensión se describe por las constantes quejas que tienen los trabajadores sobre la cantidad de labores pendientes y por la incapacidad para realizarlas adecuadamente.

Cruz y Merino (2008), apoyando la postura de Jackson y Maslach, manifiestan que a nivel cognitivo se presenta pensamiento pesimista, falta de concentración en los quehaceres laborales e ideas erróneas sobre las propias posibilidades. Así también, Maslach & Leiter (2001) refieren que surge como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores mantienen con las personas, la sobrecarga laboral y el conflicto entre compañeros de trabajo. Para ambos representa la dimensión básica e individual del síndrome de burnout.

Por su parte, Seisdedos (1997) aporta al entendimiento de esta dimensión, señalando que cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional pierde su capacidad de entrega a los demás. Maslach (2009) refuerza este criterio al afirmar que aquellos trabajadores que han desarrollado esta dimensión, carecen de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema.

Despersonalización

Los elementos de esta dimensión describen una “respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios y otros profesionales” (Maslach & Jackson, 1981).

Maslach (2009) explica que esta dimensión se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente apática frente a diversos aspectos del trabajo. Se suele desarrollar en respuesta al cansancio emocional, si la gente está trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas cosas, comenzarán a apartarse, a reducir lo que están haciendo, derivando en la pérdida de idealismo y un trato deshumanizado.

Aportando a ello, Gil-Monte y Peiró (1997) precisan que esta dimensión se manifiesta con la excesiva separación hacia otras personas, silencio, uso de actitudes despectivas e intentos de culpar a otros de la propia frustración.

Cruz y Merino (2008) explican que la despersonalización se manifiesta con irritabilidad, pérdida de motivación hacia el trabajo, aumento de la agresividad, falta de empatía e insensibilidad ante hechos que en un principio le afectaban.

Para Maslach (2010) de acuerdo a lo mencionado el trabajador reducirá su calidad y nivel de desempeño, ya que pasará de tratar de hacer su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo.

Según Leiter et al. (2001) esta dimensión representa el contexto interpersonal del síndrome burnout. Cordes & Dougherty (1993), plantean que este tipo de actitudes se

encuentran focalizadas hacia las personas que atienden y a los colegas del trabajo. Por último, Martínez (2010), respaldado en la postura Jackson y Maslach, afirma que las características de esta dimensión corresponden a una forma de afrontamiento por parte del trabajador hacia el contexto.

Realización personal

Esta escala contiene elementos que describen “sentimientos de competencia y éxito en el trabajo” (Maslach & Jackson, 1981).

Para Maslach (2009) esta dimensión se debe presentar de forma reducida, refiriéndose a un sentido disminuido de autoeficacia, lo cual es exacerbado por una carencia de recursos en el trabajo, así como, por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente. De tal modo, los trabajadores llegan a tener una consideración negativa de ellos y de los demás.

En esta dimensión hay pérdida de ideales y, fundamentalmente un distanciamiento en las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autoreclusión (De Pablo, 2007; Albaladejo, Astasio y Ortega, 2004).

Cruz y Merino (2008) refieren que la falta de realización se caracteriza por presentar disminución en la motivación para superarse profesionalmente, evitación de las relaciones interpersonales en el entorno de trabajo, incidir en ausentismo, evitación del trabajo, impuntualidad y la existencia de riesgo de conducta adictiva.

Por su parte, Buckley & Halbesleb (2004), que siguen la postura de Jackson y Maslach, explican que esta dimensión se manifiesta con dificultades en el desempeño y la presencia de un negativo autoconcepto, acompañado de insuficiencia y desconfianza en las propias habilidades, evidenciándose respuestas negativas hacia sí mismo y al trabajo.

Se presencia la sensación de falta de progreso y cada nuevo proyecto es percibido como abrumador.

Ampliando el conocimiento acerca de esta dimensión, Gil-Monte (2006), quien al igual de Jackson y Maslach sigue una perspectiva psicosocial, manifiesta que esta dimensión hace referencia al malestar personal, producto de la sensación de no obtener logros en el trabajo, y responde al proceso de autoevaluación personal.

Proceso del síndrome de burnout

Álvarez y Fernández (1991) manifiestan que este síndrome no surge de forma súbita, sino, es más bien un proceso que emerge de forma paulatina y de no ser contrarrestado va aumentando en severidad.

Maslach & Leiter en el año 1988 plantean un modelo sobre el desarrollo de este síndrome, en el que explican que las demandas de trabajo excesivas y crónicas, socavan los recursos emocionales y físicos de las personas, es así que los estresores laborales conllevan al desarrollo de sentimientos de cansancio emocional, que darán lugar a la aparición de actitudes despersonalizadas hacia los pacientes, perdiendo progresivamente el compromiso con el trabajo. Finalmente, esta dimensión hará que persistan los sentimientos de cansancio emocional y se produzca la disminución de realización personal (Buzzetti, 2005; Alted, Álvarez, Calvo y Pantoja, 2010).

Mansilla (2009) explica que según este planteamiento la dimensión de cansancio emocional es aquella que pondrá en marcha el síndrome y que dará lugar a la aparición de baja realización personal.

Cabe mencionar que Leiter en el año 1993 refina su propuesta manifestando que los sentimientos de baja realización personal pueden surgir de forma paralela con los sentimientos de cansancio emocional. Asimismo, afirma que a pesar que las tres

dimensiones guardan una relación cercana, la despersonalización no actúa como mediadora para la aparición de una baja realización personal (Buzzetti, 2005).

En este sentido se debe señalar que la inclusión de las tres dimensiones del síndrome de burnout antes mencionados, enfatiza la complejidad del mismo. Sin embargo, tal postulado significa que el síndrome es un concepto integrador, que muestra una variedad de reacciones psicológicas que los trabajadores pueden experimentar en este proceso.

Según Albaladejo, Astacio y Ortega (2004) este síndrome se puede iniciar después de seis meses de ejercicio laboral y puede llegar a consolidar al cabo de diez años de trabajo, Gil-Monte (2006) refuerza lo señalado anteriormente cuando precisa que este síndrome se puede equiparar a un trastorno adaptativo crónico asociado a las demandas psicosociales del trabajo, generando un desbalance personal prolongado.

Detección del síndrome de burnout

En la actualidad, no existe un criterio único que determine la presencia del síndrome de burnout en profesionales, ello debido a la multiplicidad de autores, que desde distintas teorías, se han detenido al estudio del particular. Sin embargo de entre aquellos que siguen el modelo tridimensional, destaca Seisdedos que en 1997 presentó un criterio específico para la identificación de este síndrome, según el cual, son casos de burnout aquellas personas que puntúan en un nivel medio o alto en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y que al mismo tiempo puntúen en un nivel medio o bajo para la dimensión de realización personal.

Este criterio han sido utilizado por diversos autores tales como De la Fuente y Sánchez-Moreno en la investigación que llevaron a cabo en el 2012 en España, así como por Del Rio, Perezagua y Vidal quienes en el 2003 identificaron el síndrome de burnout en

enfermeras de un hospital del mismo país. En Perú en un trabajo en conjunto, Bedoya, Díaz, Dongo, Guillinta y Moncada en 2008 también encontraron casos de síndrome de burnout siguiendo este criterio.

Características personales que se relacionan con el síndrome de burnout

A lo largo de los últimos años muchos investigadores han intentado identificar que características personales están relacionadas con el síndrome de burnout, entre ellos Schaufeli & Enzmann (1998), manifestaron que la prevalencia de este síndrome tiende a ser mayor en personas de autoestima baja, con un locus de control externo, bajos niveles de resiliencia y personalidad tipo A.

Así también, Maslach (2009) explica que este fenómeno se desarrolla con más frecuencia en personas que afrontan los problemas de forma pasiva. Así como que se vincula con personas emocionalmente inestables e inclinadas al distrés.

Además se han estudiado variables demográficas en relación a este síndrome, encontrándose que referente a la edad, se presentan niveles más altos en los empleados más jóvenes, por otro lado, la variable sexo no evidencia diferencias en cuanto a la prevalencia del síndrome. Con respecto al estado civil, los resultados indican que los sujetos solteros parecen ser más proclives al burnout en comparación con aquellos que están casados (Schaufeli & Enzmann, 1998). Sin embargo, ninguna de las variables mencionadas se reconoce como predictores sólidos del síndrome de burnout.

Factores predisponentes del síndrome de burnout

El síndrome de burnout se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características de cada empleado, por lo que existen variables situacionales que predisponen a este síndrome, Maslach (2009) considera que son los siguientes:

Sobrecarga de trabajo

Esta autora señala que cuando un trabajador tiene demasiado que hacer, y no tiene el tiempo ni los recursos necesarios para hacer su trabajo claramente se genera en él cierto desequilibrio, debido a las exigencias del trabajo y su capacidad para satisfacer las mismas, lo cual es el primer paso hacia el surgimiento del síndrome.

Falta de control

En un contexto en el que los trabajadores tienen la percepción de ser manipulados por sus propios jefes o personas a las que prestan su servicio, considerando así que no se les tiene la menor consideración, Seisdedos (1997) plantea que empezarán a sentir que no se les toma en cuenta en su propio trabajo y evitarán tomar alguna iniciativa en el mismo. Frente a esto, Ubillús y Pérez (2009) refieren que el tipo de usuario de instituciones privadas, suele ser más demandante que el usuario del servicio público.

Recompensas insuficientes

La falta de reconocimiento es un factor predisponente debido a que importa mucho al trabajador que alguien más se dé cuenta de lo que él hace, y que demuestren interés por su trabajo. Además, tal y como señalan Schaufeli & Schreurs (1999) para que surja el síndrome, el trabajador debe percibir incongruencia entre el servicio ofrecido y el reconocimiento o recompensa que recibe.

Quiebre en la comunidad

Surge cuando no hay un apoyo sincero por parte de las mesas directivas en plantear mejoras laborales, de esta manera Cruz y Merino (2008) precisan que se genera hostilidad por parte de los trabajadores frente a los directivos, lo que hace difícil cualquier diálogo.

Por su parte, Gastelo y Oblitas (2007) manifiestan que la constante supervisión es también una situación que puede ser generadora de estrés y burnout en niveles altos.

Ausencia de imparcialidad

El trabajo injusto e inequitativo es probablemente el mejor predictor de la dimensión de despersonalización del burnout. Haciendo posible la aparición de rabia y hostilidad, que se da cuando las personas sienten que no están siendo tratadas con el respeto que merecen (Maslach, 2009).

Conflictos de valores

Surge cuando existe discrepancia entre los valores personales y organizacionales. Bajo estas condiciones es posible que los empleados tengan que abordar el conflicto entre lo que ellos quieren hacer y lo que tienen que hacer (Maslach, 2009).

Consecuencias del síndrome de burnout

Maslach & Leiter (1997) sostienen que cada persona expresa el síndrome de burnout de un modo particular, sin embargo hacen referencia a los efectos que se manifiestan en común, estos son: disminución del compromiso laboral, sentimientos de frustración, enojo, aislamiento y problemas de ajuste entre la persona y su trabajo.

A nivel organizacional toma gran relevancia el cambio de desempeño en el trabajador, evidenciándose errores frecuentes, falta de creatividad y de calidad en el trabajo realizado (Maslach, 2009).

Schaufeli & Enzmann (1998) afirman que las personas que están experimentando este síndrome pueden tener un impacto negativo sobre los demás trabajadores, debido a que suelen generar conflictos interpersonales o alterar las tareas del trabajo, por lo que se puede afirmar que el burnout puede perpetuarse y expandirse a través de las interacciones informales en el trabajo.

Mansilla (2009) señala que además se evidencia falta de cooperación entre compañeros, accidentes laborales, necesidad de mayor supervisión, falta de orden, agresividad en el trato y quejas frecuentes por parte de los usuarios, lo que a nivel organizacional genera problemas que implican un coste humano y económico considerable.

Según Maslach & Leiter (2001) las investigaciones han identificado que este síndrome tiene un impacto negativo tanto en la salud física (especialmente problemas cardiovasculares), como en el bienestar psicológico, estos autores consideran que es especialmente el cansancio emocional el que se ha relacionado con síntomas como dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de resfrío y alteraciones del sueño, Maslach & Jackson (1981) también relacionan esta dimensión con el aumento en el uso de alcohol, drogas y con el inicio de los problemas familiares.

Mansilla (2009) agrega que a nivel físico se puede presentar malestar general, cardiopatías, pérdida de peso, alergias, dolor de espalda y cuello. A nivel emocional, se puede evidenciar un distanciamiento afectivo, aburrimiento, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, vivencias bajas de realización personal, baja autoestima, sentimientos depresivos, sentimientos de impotencia, lo que puede llevar a deseos de abandonar el trabajo o a tener ideas suicidas. A nivel conductual, se observa comportamiento despersonalizado en la relación con el usuario, aumentos de conductas hiperactivas, cinismo e ironía, impulsividad, apatía, atención selectiva, suspicacia y aumentos de comportamiento de alto riesgo (p.78).

Maslach (2009) explica que las consecuencias del síndrome de burnout pueden tener muchos costos, tanto para la organización como para el empleado, por lo que sugiere que sea considerado un tema de gran preocupación.

Diferenciación conceptual

Este apartado pretende llegar a distinguir entre la variable estudiada y cualquier otra de índole psicológica, que por sus características y su misma naturaleza pueda llegar a confundirse con el síndrome de burnout. Anteriormente Tonon (2004) ha advertido sobre la importancia de marcar una diferenciación conceptual del burnout respecto a la depresión, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga física, estrés y estrés laboral.

Depresión

Referente a la diferenciación entre síndrome de burnout y depresión, Mingote, Pines, Warr y Meier (como se citó en Martínez, 2010) exponen:

La depresión guarda cierta correlación con la dimensión de cansancio emocional, más no, con las otras dos dimensiones. Así también, uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el síndrome de burnout los sentimientos que predominan son la cólera y la rabia.

Estos autores, refieren que la depresión y el síndrome de burnout deben ser reconocidos como variables diferentes, ya que en la primera no se manifiestan necesariamente síntomas de despersonalización.

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional transitorio que se presenta cuando la persona no posee los recursos necesarios para afrontar una situación, a diferencia de ello el síndrome de burnout es un proceso de desarrollo progresivo que presenta manifestaciones

cada vez más severas, en personas que cuentan con habilidades para desempeñar su labor pero que experimentan exigencias mayores a las esperadas en su trabajo (Tonon, 2004).

Insatisfacción laboral

El síndrome de burnout incluye cambios de conducta hacia los sujetos (objeto de la actividad laboral), así como cambios en la calidad de vida, en el desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía a diferencia de la insatisfacción laboral en la que el sujeto a pesar de no estar contento con su trabajo, puede responder al mismo de forma adecuada (Alted, Álvarez, Calvo, Pantoja, 2010).

Fatiga física

Para diferenciar la fatiga física del síndrome de burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación ya que el burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso; a diferencia de la fatiga física, que a pesar de estar libre de estos sentimientos, responde más a un estado de cansancio corporal (Martínez, 2010).

Estrés

Alted, Álvarez, Calvo, Pantoja (2010) expresan:

El estrés es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Además, el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

Según estos autores, se entiende que el estrés difiere del síndrome de burnout porque posee tantos aspectos positivos como negativos, así como por presentarse en todos los contextos en lo que está implicada la persona.

Estrés laboral

Goolsby y Rhoad lo diferencian claramente del estrés laboral, porque consideran que el síndrome de burnout ocurre de forma especial en profesionales de ayuda y se manifiesta ante un estrés crónico. En cambio el estrés laboral podría ocurrir a cualquier profesional en cualquier momento (como se citó en Garcés de los Fayos, 2000).

Marco conceptual

Síndrome de burnout: Síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización, y por una reducida realización personal, que puede producirse entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes, el cual corresponde a un estrés crónico (Maslach & Jackson, 1985).

Cansancio emocional: Sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo (Maslach & Jackson, 1981).

Despersonalización: Respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios y otros profesionales (Maslach & Jackson, 1981).

Realización personal: Sentimientos de competencia y éxito en el trabajo (Maslach & Jackson, 1981).

VARIABLES E HIPÓTESIS

Definición operacional de variables e indicadores

Los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout serán medidas por el Inventario Burnout de Maslach (Maslach & Jackson, 1981).

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Niveles
Síndrome de burnout	Síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización, y por una reducida realización personal, que puede producirse entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes, el cual corresponde a un estrés crónico (Maslach & Jackson, 1985).	Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.	Alto 54 - 27
				Medio 26 - 19
		Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22.	Bajo 18 - 0
				Alto 30 - 10
		Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.	Medio 9 - 7
				Bajo 6 - 0
				Alto 48 - 40
				Medio 39 - 31
				Bajo 30 - 0

Formulación de la hipótesis

Existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y los de un hospital ESSALUD de Chiclayo-2013.

Método

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo aplicada, ya que como afirma Sabino (1993), comprende la utilización de conocimientos a fin de resolver un problema. Asimismo, este estudio es no experimental, debido a que no se manipularon las variables estudiadas; en este caso las dimensiones del síndrome de burnout (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño de investigación

Este diseño de investigación es de tipo descriptivo comparativo, pues consistió en recolectar información relevante en dos poblaciones distintas con respecto a un mismo fenómeno, para luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos (Céspedes y Martínez, 2008; Sánchez y Reyes, 1996).

Población

La investigación se realizó con toda la población de profesionales de enfermería de áreas críticas (unidad de cuidados intensivos, sala de emergencias, sala de operaciones y unidad de neonatología) en un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo durante el 2013.

Se realizó un recuento de los profesionales de enfermería que cumplían con las características de la población a evaluar, estableciendo que se trabajaría con una población censal conformada por 174 profesionales, de los cuales 141 aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, de ellos, 85 pertenecen a un hospital de ESSALUD de Chiclayo, distribuidas de la siguiente manera: 15 pertenecientes a la unidad de cuidado intensivos, 37 a sala de emergencia, 18 a sala de operaciones y 15 de la unidad de neonatología. Así también, se trabajó con 56 profesionales de enfermería que trabajan en las áreas críticas de un hospital de MINSA, quienes se encontraron distribuidos del siguiente modo: 10 de la

unidad de cuidados intensivos, 30 de sala de emergencias, 5 de sala de operaciones y 11 de la unidad de neonatología.

Características de la población

-Encontrarse laborando como profesional de enfermería en las áreas críticas de unidad de cuidados intensivos, sala de emergencias, sala de operaciones o unidad de neonatología de los hospitales donde se realizará el estudio.

-Profesionales de enfermería que tengan más de 6 meses laborando.

Criterios de exclusión

-Profesionales de enfermería de las áreas críticas de unidad de cuidados intermedios y unidad de terapia intensiva cardiológica del hospital de ESSALUD.

-Profesionales de enfermería que estén realizando pasantías laborales.

Criterios de eliminación

-Profesionales de enfermería que dejen inconcluso uno a más ítems de la prueba aplicada.

Procedimiento

El método utilizado consistió en obtener la información proporcionada por los mismos sujetos de estudio, haciendo uso de la encuesta, que es un procedimiento para obtener información válida a través de un formato en papel que contiene una serie de preguntas, que fueron respondidas por los evaluados, quienes eligieron y marcaron sus respuestas, sin influencia de los investigadores.

Los procedimientos se iniciaron con la coordinación con los directores de los hospitales, logrando que ambas entidades autoricen la investigación, posteriormente se tuvo una entrevista con los jefes de las áreas con las que se trabajó; durante el desarrollo de

la misma, se les explicó los datos y la naturaleza de la investigación, para posteriormente, establecer juntos las fechas y horarios de evaluación.

Para la aplicación del instrumento se procedió de la siguiente manera: al inicio de la jornada laboral se localizó a los profesionales de enfermería de las áreas críticas que cumplieran con las características necesarias para formar parte del estudio, a quienes se les explicó y entregó el consentimiento informado (apéndice A). Luego de haber sido firmado dicho documento, se procedió a aplicar de forma individual el Inventario Burnout de Maslach (apéndice B).

Instrumento

Inventario Burnout de Maslach

Instrumento creado por Maslach & Jackson en 1981, ambas procedentes del Instituto de Palo Alto California en Estados Unidos. El Inventario Burnout de Maslach fue adaptado al español por Seisdedos en 1997, siendo avalado por el Departamento de Innovación y Desarrollo de TEA ediciones de Madrid, España.

Esta encuesta tiene la finalidad de evaluar las tres dimensiones del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, consta de 22 preguntas formuladas de manera afirmativa, que permite medir las tres dimensiones del síndrome de burnout y su forma de aplicación puede ser individual, colectiva o autoaplicable, por otro lado, tiene una duración de aplicación aproximada de 10 a 15 minutos.

Las respuestas se presentan en una escala de 7 puntos tipo Likert, con un valor de 0 a 6, donde: 0 que equivale a nunca, 1 a pocas veces al año o menos, 2 a una vez al mes o menos, 3 a unas pocas veces al mes, 4 a una vez a la semana, 5 a pocas veces a la semana y 6 que corresponde a todos los días, permitiendo que el evaluado plasme con qué frecuencia

experimenta las situaciones que describe cada ítem. Por otro lado, cabe mencionar que este inventario arroja los resultados en niveles (alto, medio, bajo) para cada una de las dimensiones de síndrome de burnout que evalúa.

Validez

Seisdedos (1997) trabajó con un total de 1,138 profesionales de España, entre los que incluyen médicos y docentes, indica que este instrumento posee una validez convergente al nivel de confianza del 95% para cansancio emocional, 99% para despersonalización y 99% para realización personal.

Por su parte, Vela (2001) validó el Inventario Burnout de Maslach en 160 personas que conforman el personal de salud de dos hospitales de ESSALUD en Trujillo, Perú, obteniendo la validez del instrumento a través de la Correlación ítem-test, mediante un riguroso análisis y utilizando la fórmula Producto de Momento de Pearson, estableció que todos los ítems son válidos al nivel de confianza del 99% (apéndice C).

Confiabilidad

Maslach y Jackson en 1986, de la evaluación de 11,067 profesionales de Estados Unidos, conformada por docentes, profesionales del servicio social, y personal de salud; identificaron la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: 0,90 para cansancio emocional, 0,79 para despersonalización y 0,71 para realización personal. En nuestro país, Vela (2001), encontró también la confiabilidad del Inventario Burnout de Maslach, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, identificando un coeficiente de 0,72 para cansancio emocional, 0,74 para despersonalización y 0,72 para realización personal.

Aspectos éticos

Para respaldar el aspecto ético dentro de esta investigación, se tuvo como sustento los principios de respeto, beneficencia y justicia, orientados a salvaguardar la integridad de los profesionales involucrados en el estudio. Conjuntamente, se informó acerca de las características de la investigación (objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses y afiliaciones institucionales) que pudieran influir en su decisión de participar. Asimismo, se aclararon las dudas que se suscitaron.

Habiendo informado a cada persona sobre su derecho a participar o no en la investigación, se les hizo entrega del consentimiento informado (apéndice A), donde se explicó la naturaleza de la investigación, dejando saber en todo momento que su participación en la misma sería libre y voluntaria, así también que el manejo de la información sería confidencial, y su presencia en la misma de tipo 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. Por último, de haberse presentado alguna inquietud una vez recogidos los datos, se proporcionó una vez más al participante información sobre la investigación, a fin de aclarar cualquier malentendido que puede haber surgido.

Se reafirmó el compromiso ético con la población objetiva al señalar que, concluida la investigación, se haría entrega de los resultados obtenidos a cada una de las instituciones con las que se trabajó.

Procesamiento y análisis de datos

En el presente estudio se utilizaron los programas SPSS versión 19.0 (Statistic Pactase for Social Sciences) y Microsoft Excel 2010, ambos con la finalidad de diseñar y administrar la base de datos.

Para el análisis estadístico de los datos, se procedió a evaluar la normalidad de los mismos por dimensión, usando la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov, esto permitió identificar que los datos recogidos no presentaron una distribución normal, por lo tanto, fue conveniente utilizar la prueba U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica con un nivel de significancia del 5%) para determinar si existían o no diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD, estableciéndose los resultados con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

La información obtenida se presenta en tablas y figuras de diagramas de barras, presentado inicialmente los resultados relacionados al objetivo general, para luego mostrar aquellos que den respuesta a los objetivos específicos.

La siguiente tabla muestra si existen o no diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD.

Tabla 1

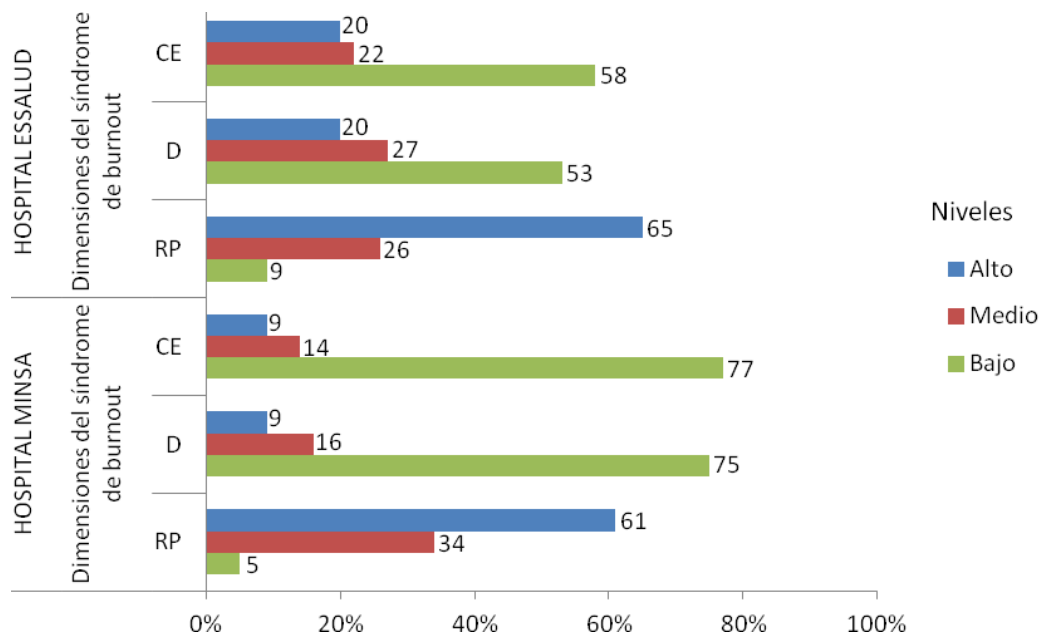
Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney que determina si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013.

Dimensiones del síndrome de burnout	Hospital	N	Rango promedio	Valor p	Significancia
CE	MINSA	56	59,59	0,007	Significativo (p<0.05)
	ESSALUD	85	78,52		
	Total	141			
D	MINSA	56	58,56	0,003	Significativo (p<0.05)
	ESSALUD	85	79,19		
	Total	141			
RP	MINSA	56	73,23	0,597	No significativo (p>0.05)
	ESSALUD	85	69,53		
	Total	141			

Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

La tabla 1 muestra que la dimensión cansancio emocional evidencia diferencia significativa (valor probabilístico de 0,007) entre ambos hospitales, lo mismo ocurre con la dimensión despersonalización, donde también existe diferencia significativa (0,003) entre ambas entidades, por último, para la dimensión de realización personal, no se observan diferencias significativas (valor probabilístico 0,597).

A continuación se presentan los porcentajes hallados en un hospital MINSA Y ESSALUD en relación a los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas.



Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

Figura 1.

Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

En la figura 1 se identifica que del total de profesionales evaluados de ambos hospitales, el nivel alto de cansancio emocional se da en mayor medida en el hospital ESSALUD (20%) a diferencia del 9% con que se observa en el hospital MINSA, en lo que refiere al nivel alto de la dimensión despersonalización, esta se visualiza en mayor cantidad en el hospital ESSALUD (20%) sobre los (9%) con que se da en el hospital MINSA. Por último, en lo que atañe a la dimensión de realización personal, el nivel bajo de la misma, es más recurrente en el hospital ESSALUD (9%) que en el hospital MINSA (5%).

La tabla que se presenta a continuación muestra si existen o no diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD.

Tabla 2

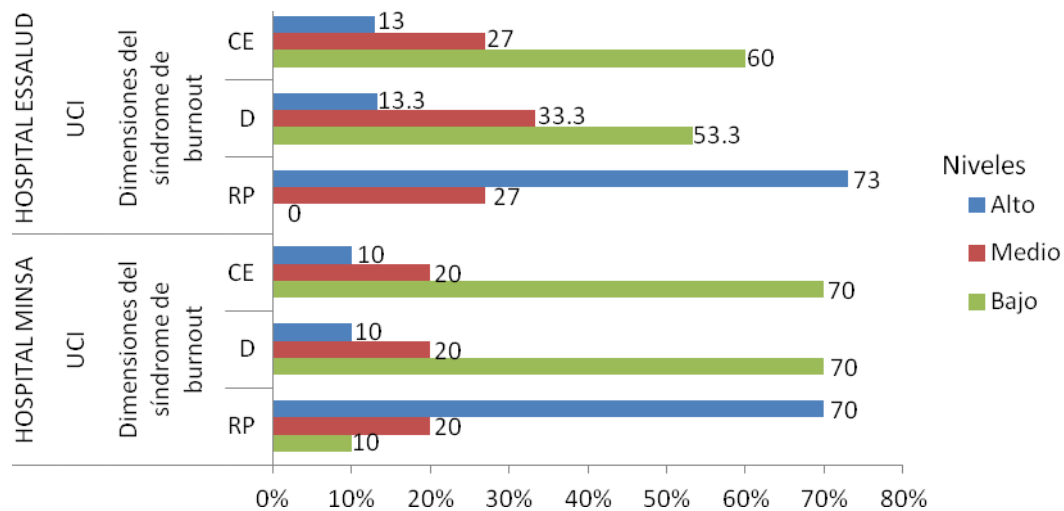
Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney que determina si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013.

Áreas críticas	CE Valor p	Significancia	D Valor p	Significancia	RP Valor p	Significancia
Unidad de cuidados intensivos	0,278	No significativo (p>0.05)	0,208	No significativo (p>0.05)	0,758	No significativo (p>0.05)
Sala de emergencia	0,000	Significativo (p<0.05)	0,001	Significativo (p<0.05)	0,131	No significativo (p>0.05)
Sala de operaciones	0,765	No significativo (p>0.05)	0,571	No significativo (p>0.05)	0,216	No significativo (p>0.05)
Unidad de Neonatología	0,716	No significativo (p>0.05)	0,774	No significativo (p>0.05)	1,000	No significativo (p>0.05)

Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

La tabla 2 muestra que las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de los hospitales con los que se trabajó, evidencia diferencias significativas solamente en sala de emergencia, con un valor probabilístico de 0,000 para cansancio emocional y de 0,001 para despersonalización. En el resto de áreas críticas con las que se trabajó, no se identifican diferencias significativas en las dimensiones del síndrome de burnout.

A continuación los resultados donde se muestran los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de ambas entidades hospitalarias.



Nota:

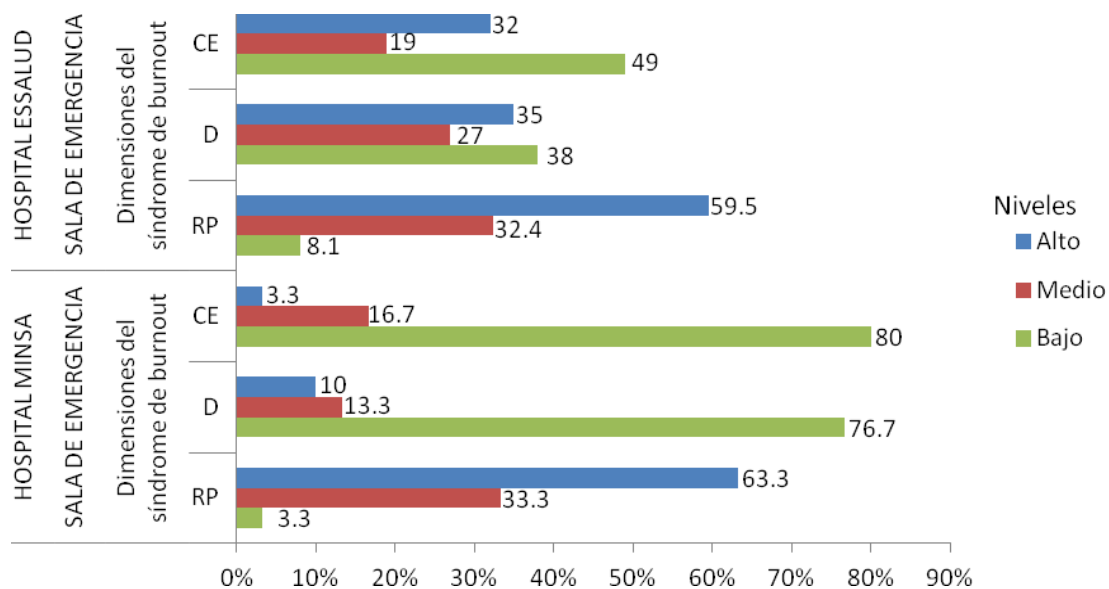
UCI=Unidad de Cuidados Intensivos, CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal

Figura 2.

Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

En la figura 2 se identifica que del total de profesionales evaluados pertenecientes a UCI de ambos hospitales, el nivel alto de cansancio emocional, se da en mayor medida en el hospital ESSALUD (13%) a diferencia del 10% con que se observa en el hospital MINSA, en lo que refiere al nivel alto de la dimensión despersonalización esta se visualiza en mayor cantidad en el hospital ESSALUD (13,3%) sobre el 10% con que se da en el hospital MINSA. Por último, en lo que respecta a la dimensión de realización personal, el nivel bajo de la misma, este es más recurrente en el hospital MINSA (10%) frente al nulo porcentaje que se obtuvo en el hospital ESSALUD.

Los resultados siguientes grafican los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de sala de emergencias de ambas entidades hospitalarias.



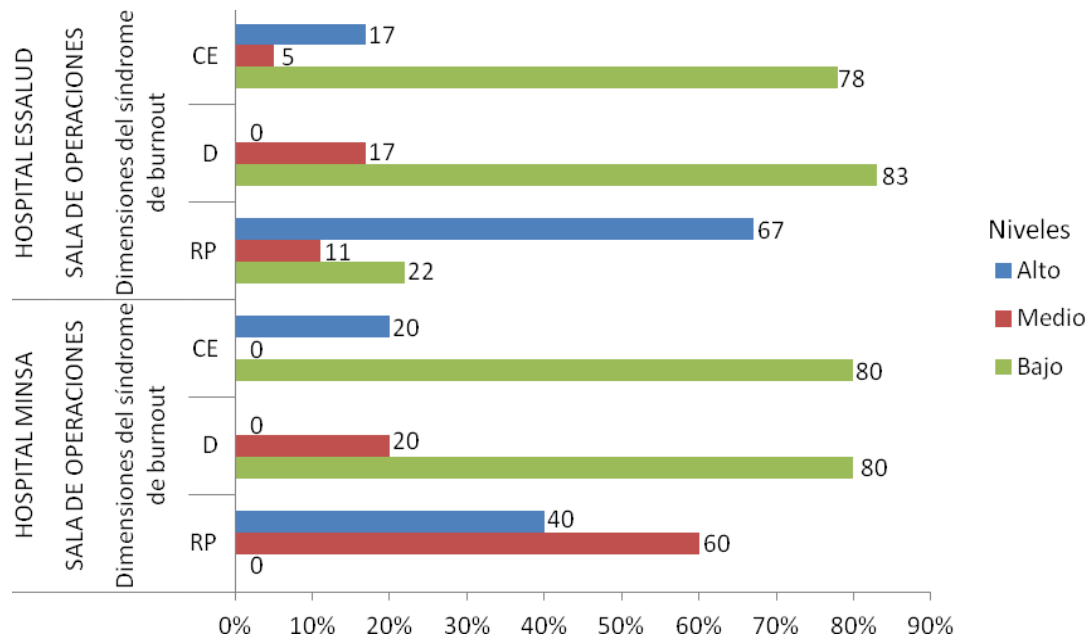
Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

Figura 3.

Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de sala de emergencia de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

En la figura 3 se puede denotar que, del total de profesionales evaluados pertenecientes a sala de emergencias de ambos hospitales, el nivel alto de cansancio emocional es notablemente mayor en el hospital ESSALUD (32%) frente al 3,3% con que se da en el hospital MINSA, en lo que respecta al nivel alto de la dimensión despersonalización también es notoria la diferencia, mientras en el hospital ESSALUD se da en 35%, en el hospital MINSA se da en 10%. Sin embargo, en lo que atañe a la dimensión de realización personal, el nivel bajo de la misma, en el hospital ESSALUD se da en un 8,1%, mientras que en el hospital MINSA se da en un 3,3%.

Se presenta a continuación los resultados donde se observan los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de sala de operaciones de ambas entidades hospitalarias.



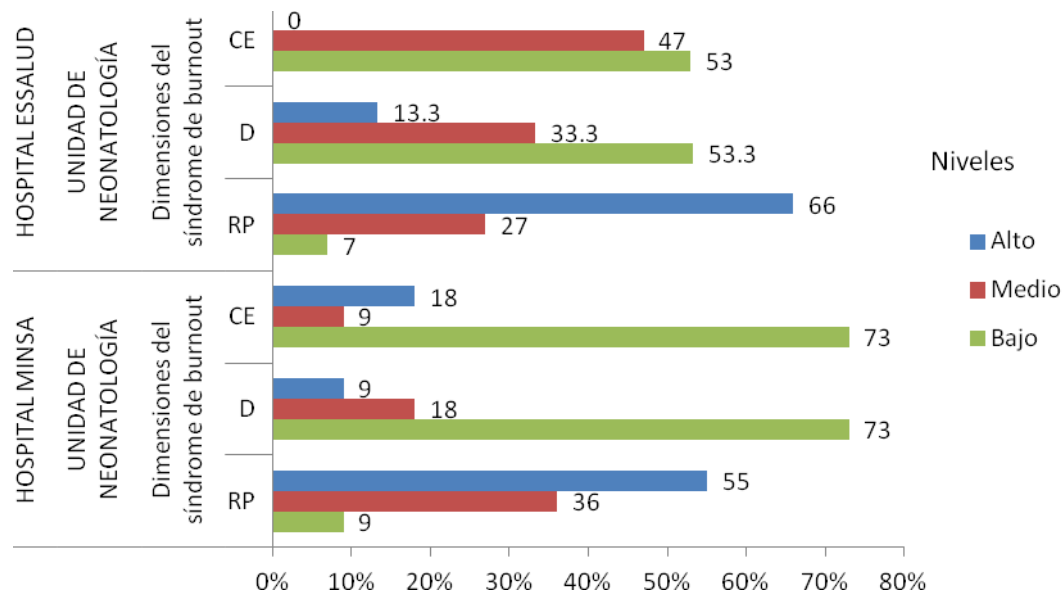
Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

Figura 4.

Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de sala de operaciones de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

En la figura 4 se identifica que del total de profesionales evaluados pertenecientes a sala de operaciones de ambos hospitales, el nivel alto de cansancio emocional, es ligeramente superior en el hospital MINSA (20%) sobre el 17% con que se da en el hospital ESSALUD, respecto al nivel alto de la dimensión despersonalización no se halló evidencia del mismo en ninguna de las dos salas. Por último, referente a la dimensión de realización personal, el nivel bajo de la misma, este se presenta en el hospital ESSALUD en un 22%, mientras que en hospital MINSA no se halló evidencia de este nivel en dicha dimensión.

En los siguientes resultados se evidencian los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la unidad de neonatología de ambas entidades hospitalarias.



Nota: CE=Cansancio emocional, D=Despersonalización, RP=Realización Personal.

Figura 5.

Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de unidad de neonatología de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013

En la figura 5 se observa que del total de profesionales evaluados pertenecientes a unidad de neonatología de ambos hospitales, el nivel alto de cansancio emocional, se da en un hospital MINSA en un 18%, este nivel no se evidencia en el hospital ESSALUD, referente al nivel alto de la dimensión despersonalización, este es ligeramente mayor en un hospital ESSALUD con un 13,3% sobre el 9% con que se da en el hospital MINSA. Por último, es lo que respecta a la dimensión de realización personal en un nivel bajo, se da de forma

ligeramente dispar, mientras que en el hospital ESSALUD se ve en un 7%, en el hospital MINSA se da en un 9%.

Discusión

Con la finalidad de dilucidar lo encontrado, una vez concluida la investigación, se ha creído conveniente examinar y fundamentar los resultados obtenidos.

Al analizar el porcentaje de participación se observa que se logró una tasa de respuesta del 81% de la población total de profesionales de enfermería de áreas críticas de los hospitales con los que se trabajó, ello permitió realizar una comparación fiable de los mismos.

La realidad estudiada revela que existen diferencias en dos de las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y los de un hospital ESSALUD de Chiclayo-2013. Lo cual confirma nuestra hipótesis de investigación, demostrando así que en cada uno de éstos hospitales, los estresores laborales y las características personales de los profesionales se han conjugado de tal manera, que han logrado afectación distinta y propia en cada una de estas entidades. Esto podría explicarse por una posible diferencia en la forma de afrontar las situaciones estresantes, pues tal como plantea Gil-Monte y Peiró (1999), en toda institución existen estresores que pueden predisponer el síndrome de burnout, sin embargo, la intensidad con que se desarrolle depende de la forma de afrontamiento que lleven a cabo los trabajadores.

Asimismo, esta situación también puede explicarse por la posible diferencia en la cantidad y los tipos de factores estresantes, es decir, los profesionales de uno de los hospitales ESSALUD podrían hallarse más expuestos a factores estresantes que los otros, haciendo que de forma cotidiana tengan que percibir mayor estrés laboral, y ello exigir un mayor esfuerzo físico y mental. Corrobora esto Buzzetti (2005) al afirmar que el síndrome de burnout se origina y se desarrolla por las condiciones organizacionales.

La comparación realizada permite identificar la diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización entre ambos hospitales, evidenciándose que en ESSALUD es mayor la tasa de profesionales que alcanzaron niveles alto y medio en estas dimensiones, con relación a las enfermeras(os) que laboran para un hospital MINSA, esto indica que, en el primero, existe un mayor porcentaje de trabajadores que experimentan mayor agotamiento frente a las exigencias de su trabajo, que a la vez manifiestan un trato impersonal frente a los pacientes, los familiares u otros profesionales. Resultados similares se observan en Lima, entre las trabajos de Cuba et al. (2006) y Gamonal et al. (2008), donde se encontró que los niveles alto y medio de despersonalización en ESSALUD puntuaron en mayores porcentajes que en MINSA.

Estas diferencia en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, se pueden explicar con lo manifestado por Ubillús y Pérez (2009), que también investigaron el síndrome de burnout en un hospital de ESSALUD hallando que el paciente asegurado suele demandar una pronta atención y un servicio de calidad, otorgando constante crítica y poco entendimiento a las limitaciones propias del hospital, a la vez, los familiares de éstos, piden y recuerdan con mucha frecuencia a la enfermera(o) la responsabilidad y las funciones que deben realizar, interrumpiendo continuamente sus labores; además, estos acompañantes se intercambian durante el día, haciendo que el profesional tenga que repetir información y convivir con estados de preocupación y necesidad de muchas personas.

Apoyados en las explicaciones de Seisdedos (1997) y Martínez (2010), se puede afirmar que el cansancio emocional generado por la exposición continua a estas características de trabajo hacen posible que los profesionales, muestren actitudes de

despersonalización, como forma de afrontamiento hacia el contexto estresante que deben afrontar diariamente.

Por otro lado, no se presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la dimensión realización personal, experimentándose de forma similar sentimientos de competencia y éxito en ambos hospitales.

Respecto a la comparación de los niveles de cada una de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas de las entidades hospitalarias con las que se trabajó, se puede observar que para cansancio emocional, el nivel alto del mismo, es mayor en un hospital ESSALUD con 20% que en un hospital MINSA con 9%. Se puede sustentar este hecho en lo planteado por Maslach (2009), ya que para esta autora, esta dimensión es consecuencia inmediata de la percepción que tienen los trabajadores de una sobrecarga de labores pendientes, si se puede observar que la cantidad de usuarios de las áreas críticas del hospital ESSALUD es mayor que en MINSA, será mayor entonces la demanda y menor el tiempo de respuesta de estos profesionales.

En lo que atañe a la comparación de la dimensión despersonalización en un nivel alto entre ambos hospitales, se observa que sucede exactamente lo mismo que en la anterior dimensión, concluyéndose que este es mayor en un hospital ESSALUD que en un hospital MINSA, cabe mencionar que el 20% obtuvo el nivel alto de esta dimensión en un hospital ESSALUD, ello es un porcentaje que no dista mucho de las cifras encontradas por Álvarez y Bocanegra (2012), que hallaron el nivel de esta dimensión en un 18,2%, esto puede explicarse por algunas similitudes entre los nosocomios en los que trabajaron los citados autores con los que se trabajó en el presente estudio, por ejemplo, tratarse de hospitales con un significativo tránsito humano y que se ubican en los cascos urbanos.

Cabe mencionar que a pesar que los hospitales con los que se trabajó poseen una amplia cobertura de atención, sin embargo la cantidad de pacientes en el hospital ESSALUD es mayor que en MINSA. Si ese toma en cuenta que, de acuerdo al sistema de designación de pacientes por enfermera, las profesionales de enfermería de ESSALUD tendrían a su cargo un número de pacientes elevado que le exige más de lo esperado. Recordemos también, que esta aglomeración de pacientes produciría hacinamiento, y que todo profesional que tenga que lidiar continuamente con esta condición tiene la posibilidad de responder de forma negativa ante ella.

Al visualizar los datos obtenidos por Atoche et al. (2011) quienes trabajaron con hospitales perteneciente a la zona sierra, hallaron el nivel alto de despersonalización en un 61,2%, esto se puede explicar debido a que los hospitales de esta zona pertenecen a un contexto distinto, con mayores limitaciones en cuanto a infraestructura, tecnología y apoyo de las autoridades, ello correspondería a lo propuesto por Cruz y Merino (2008) cuando afirman que la ausencia de interés por parte de las mesas directivas por implementar mejoras laborales es un generador clave del síndrome de burnout.

Continuando con el análisis de los porcentajes puntuados en el nivel alto de la dimensión despersonalización en ambos hospitales, se observa que son cifras (20% en ESSALUD y 9% en MINSA) que no difieren notoriamente del puntaje hallado por Cuba, López y Zegarra (2006) quienes encontraron para el nivel alto de despersonalización un 13,6%, su estudio se llevó a cabo en un hospital nacional de ESSALUD, el cual corresponde también a un hospital nacional, al igual que el hospital ESSALUD que formó parte de este estudio.

En lo referente al nivel bajo de realización personal, podemos observar que este es más pronunciado en un hospital ESSALUD (9%), que en un hospital MINSA (5%). Ambas

cifras no distan notoriamente con lo hallado por Cubas et al. (2006) quienes lo encontraron en un 6,8% en un hospital nacional ESSALUD, a pesar que estos porcentajes pueden resultar diminutos, es necesario valerse de lo propuesto por Schaufeli & Enzmann (1998) cuando señalan que el síndrome de burnout puede perpetuarse y expandirse a través de las interacciones en el trabajo, por ello concluimos que se trata de porcentajes a considerar pues tal y como señalan estos autores existe la posibilidad que se eleven.

Respecto al análisis de las dimensiones del síndrome de burnout según cada una de las áreas críticas de los hospitales con los que se trabajó, observamos que entre los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital MINSA y ESSALUD, no se hallaron diferencias significativas, por lo que podemos inferir que los profesionales hacen un manejo similar de los estresores a las que se exponen diariamente.

Pese a lo mencionado, se observan ligeras disparidades en los niveles con que se dan las dimensiones en UCI, ya que el nivel alto de cansancio emocional en el hospital ESSALUD se da en un 13% mientras que en un hospital MINSA se da en 10%, para explicar esta situación es necesario recurrir a lo planteado por Seisdedos (1997) cuando señala que la falta de control sobre el lugar de trabajo es un fuerte predisponente del síndrome; sin embargo, hay que tener en cuenta que esta área se caracteriza porque en ella, el personal de enfermería se halla trabajando directamente con los equipos donde reposan los pacientes, apartados de personas ajenas al servicio, si tomamos en cuenta que esta área restringe en mayor medida el acceso de visitas, se puede plantear que hay un control por parte del personal sobre su zona de trabajo, motivo por el cual no se halló cansancio emocional alto en mayor amplitud.

Para la dimensión de despersonalización en un nivel alto, este ocupa un 13,3% en un hospital ESSALUD y un 10% en un hospital MINSA. Tomando en cuenta que Maslach

y Jackson (1981) señalan que esta dimensión implica respuestas impersonales hacia los receptores de los servicios, podemos entender porque esta situación casi no se da en esta área, pues el trato es con un tipo de paciente que por su misma condición física no realiza ningún tipo de contacto verbal con las enfermeras.

En la dimensión de realización personal podemos observar que los profesionales de este servicio que han puntuado en nivel alto son un 73% en ESSALUD y 70% en MINSA, obteniendo estos los puntajes más altos para esta escala por encima del resto de áreas, ello nos indica que a distinción del resto de servicios este es el que se contiene con un menor número de estresores y en los cuales, los profesionales dan muestra de un óptimo afrontamiento a los mismos.

Respecto al servicio de Emergencia, se evidencia que existe una diferencia significativa en la dimensión cansancio emocional. Para el nivel alto de la mencionada dimensión se observa que esta se da en un hospital ESSALUD con 32%, notoriamente por encima de los 3,3% con que se da en un hospital MINSA, lo cual puede explicarse por lo planteado por Maslach (2009) cuando afirma que un trabajador tiene demasiado que hacer, y no encuentra el tiempo para hacer su trabajo, claramente se genera en él cierto desequilibrio, puesto que este servicio en ESSALUD acoge un mayor número de pacientes que en MINSA. Así también se fundamenta en lo mencionado por Gastelo y Oblitas (2007) quienes refieren que las enfermeras de ESSALUD se sienten fiscalizadas y evaluadas constantemente.

Continuando con el análisis del servicio de emergencia, se evidencian diferencias significativas en la dimensión despersonalización, por lo que también es notoria la diferencia entre el 35% con que se da esta dimensión en un nivel alto en ESSALUD, con el 10% con que se da en MINSA. Juzgando de modo independiente el porcentaje hallado en

un hospital ESSALUD, este se puede explicar según lo planteado por Del Rio, Perezagua y Vidal (2003) cuando afirman que la tensión emocional, generada por atender situaciones extremas y circunstancias impredecibles, es un punto clave para el desarrollo del síndrome, es justamente esta situación que se evidencia en mayor medida en un hospital ESSALUD, por encima del resto de servicios con los que se trabajó.

Para el servicio de sala de operaciones, se puede observar que ninguna de las dimensiones presentó diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, podemos denotar que para cansancio emocional en nivel alto, la cifra es mayor en un hospital MINSA con un 20% que en un hospital ESSALUD donde se dio en un 17%, este ligero margen puede interpretarse por lo que Cruz y Merino (2008) considera un quiebre en la comunidad, es decir carencias en el apoyo por parte de las mesas directivas en cuanto a la implementación de los espacios de trabajo y material propicio para un óptimo funcionamiento, situación que efectivamente se visualiza en mayor amplitud en un hospital MINSA.

Así también, en los servicios de neonatología de ambos hospitales, se puede observar que ninguna de las dimensiones presentó diferencias estadísticamente significativas, pese a ello, observamos que el nivel alto de cansancio emocional se dio en un hospital MINSA con 18%, en un hospital ESSALUD no hubo evidencia de este nivel. Coincide con lo que Cruz y Merino (2008) entiende por un quiebre en la comunidad.

A pesar que el nivel alto de la dimensión despersonalización, es ligeramente mayor en un hospital ESSALUD (13,3%) que en un hospital MINSA (9%), este hecho no resulta contradictorio respecto a lo referido en el párrafo anterior, para ello es necesario entender lo que propone Gil-Monte(2006) cuando señala que este síndrome corresponde a un proceso, no resulta extraño entonces que en ESSALUD hallemos mayores niveles en esta

dimensión, teniendo en cuenta el antecedente que el cansancio emocional en nivel medio se dio en un 47% en este hospital.

Conclusiones

Existen diferencias en dos de las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013, estas se dan en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

El nivel alto de cansancio emocional y despersonalización es mayor en el hospital ESSALUD que en el hospital MINSA, respecto al nivel bajo de realización personal este se da en mayor medida en un hospital ESSALUD.

Las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cada una de las áreas críticas de los hospitales con los que se trabajó, evidencian diferencias significativas solamente en el área de sala de emergencia.

Respecto a UCI el nivel alto de cansancio emocional y despersonalización es mayor en ESSALUD, la dimensión realización personal en nivel bajo es más recurrente en MINSA. Para sala de emergencia existe una proporción mayor de trabajadores con alto nivel de cansancio emocional y despersonalización en ESSALUD, la realización personal en nivel bajo también es mayor en ESSALUD. En sala de operaciones el cansancio emocional alto es mayor en MINSA mientras que realización personal en nivel bajo es mayor en ESSALUD. Por último, en la unidad de neonatología, cansancio emocional en nivel alto es mayor en MINSA, el nivel alto de despersonalización es mayor en ESSALUD y el nivel bajo de realización personal es mayor en MINSA.

Recomendaciones

Hacer entrega de los resultados a las unidades de capacitación de personal de ambos hospitales, debido a que son estos los organismos a cargo del análisis e investigación de la realidad del personal.

Crear programas de prevención e intervención con el objetivo de desarrollar capacidades de control emocional, estrategias de afrontamiento, motivación, solución de problemas y habilidades sociales, tomando en cuenta que estas son herramientas indispensables para disminuir los niveles del síndrome de burnout.

A la dirección de ambos hospitales se recomienda hacer una evaluación periódica para conocer la dinámica de las dimensiones del síndrome de burnout en esta población.

Planificar nuevas investigaciones en esta línea, entre ellas alguna que se enfoque en reconocer cuáles son los factores directos generadores del síndrome de burnout en estos profesionales, ello podrá ampliar los planteamientos hechos en este estudio.

Bibliografía

- Alted, A., Álvarez, L., Calvo, R. y Pantoja, N. (2010). *Síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de burnout: Inadaptación labora*[Monografía]. Recuperado de http://salted.blogspot.es/img/memoria_burnout.pdf
- Albaladejo, V., Astacio, P. y Ortega, P. (2004). Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4).
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.
- Álvarez, L. y Bocanegra, B.(2012).Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 12(29),73-88.Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/149791>
- Álvarez, M., García, M., Huerta, R. y Palma, B.(2003). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital de Gineco Pediatría N° 48 del IMSS, en León (Tesis de licenciatura). *II Jornada Anales de Psicología*, 15(02),261-268.
- Ameghino, A., Chumioque, C., Cieza, R., y Fernández, J.(2011).*Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico pertenecientes al MINSA y ESSALUD periodo Mayo-Julio del 2011*(Tesis de licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Perú. Recuperado de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Sindrome-De-Burnout-y-Calidad-De/1011672.html>

- Atoche,R., Medina,J.,Quispe,M.,Ruíz,L. e Yslado,R. (2011). Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de hospitales de Ancash-Perú. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 57-71. Recuperado de http://revistas.cyttec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160974752011000200005&lng=es&nrm=iso/revista167/1_167.pdf
- Bedoya, A., Díaz, T., Dongo, D., Guillinta, A. y Moncada, T.(2003).Síndrome de Burnout en cirujanos dentistas. *KIRU*, 5(2).
- Braga, F., Flichtentrei, D., Grau, A., Prats, M. y Suñer, R. (marzo, 2009). Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2).
Recuperadodehttp://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_2/RS832C_215.pdf
- Buckley, M. & Halbesleb, J. (2004).Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859–879.doi:10.1016/j.jm.2004.06.004.
- Buleje, J. (2003).*Síndrome de Burnout y clima laboral en el centro quirúrgico y la Consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo – Perú* (Tesis de licenciatura).Universidad de Chiclayo, Perú.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile*. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/html/.
- Céspedes, N. y Martínez, B. (2008). *Metodología de la Investigación, estrategias para investigar:¿Cómo hace un proyecto de investigación?*.Lima: Libro Amigo.

- Chacón, M. y Grau, J. (1998). *Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una amenaza a los equipos de salud. II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud*, 17(3). Recuperado de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/BURNOUTyTrabajoenSalud.doc>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (1995). *Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano*. Perú. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=GpITtwAACAAJ&dq=CODIGO+DE+ETICA+DEL+COLEGIO+DE+PSICOLOGOS+DEL+PERU+PUBLICADO+EL+A%C3%91O&hl=es&sa=X&ei=XsOrUaKSKaS30gHCk4H4BA&ved=0CC0Q6wEwAA>.
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). *El Informe Belmont: Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Estados Unidos.
- Cordes, C. & Dougherty, T. (1993). A Review and an integration of research on job burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621 – 657.
- Cuba, V., López, C. y Zegarra, A. (2006). Factores asociados al síndrome de burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1). Recuperado de <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/55-63.pdf>.
- Cruz, M. y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art10.pdf>
- De la Fuente, I. y Sánchez- Moreno, E. (2012). Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: Un estudio empírico en la muestra de trabajadores sociales en la comunidad de Madrid. *Portularia*, 12. Recuperado de

<http://www.uhu.es/publicaciones/revistas/portularia/index.php?CDer=1&NR=13&olumen=12&top=12&NArticulo=1127>

De Pablo, C. (2007). El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios.

Nursing,25(8),60-65.

Gamonal, Y., García, M. y Silvia, Z. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas, Perú. *Revista Enfermería*

Herediana,1(1),33-39.Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/reh/1-1/v1n1ao5.pdf>

Gástelo, E. y Oblitas, M. (2007). *Experiencias de las enfermeras asistenciales frente al proceso de supervisión en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2007*. (Tesis de licenciatura).Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, Perú.

Garcés de los Fayos, E. (2000). Burnout (Tesis doctoral).Universidad de Barcelona.

España. *Revista electrónica de psiquiatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com>

Gil-Monte, P. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

Gil-Monte, G. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P.(2010). *Metodología de la investigación*. 58 (5ªed.). México: Mc Graw Hill.
- Herruzo, J. y Moriana, J. (2004).Estrés y burnout en profesores. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. España. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-126.pdf.
- Mansilla, F. (2009).*Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica*. Recuperado de <http://www.ripsol.org/Data/Elementos/607.pdf>.
- Martínez, A. (2010).El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Universidad de La Rioja. *Revista Vivat Academia*, 112. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/>
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (MBI)*. (3ªed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C.& Jackson, S. (1985).The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*,12(7), 837-851
- Maslach, C.& Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. Sanders, G. y Suls, J. (Eds.).*Social psychology of health and illness*. New Jersey: Erlbaum.
- Maslach, C.& Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. Leiter, M., & Schaufeli, W. (2001).Job burnout. *Annual Review of Psychology*,52,397-422.Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach,C. & Leiter, M. (2008).Early Predictors of Job Burnout and Engagement.*Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.
- Maslach, C.& Leiter, M. (2001).Burnout and Quality in a Sped.*Up World*.

- Síndrome de burnout en profesionales de enfermería 60
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass. 59
- Maslach, C. (2010). The Client Role in Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111–124. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josi.1978.34.issue-4/issuetoc>
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Revista Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1977). *Burnout: A social psychological analysis*. Paper presented at the meeting of American Psychological Association. San Francisco.
- Mena, L. (2010). *Desgaste profesional en profesores universitarios*. Departamento de métodos de investigación y diagnóstico en educación. Universidad de Granada.
- Núñez, R. (2002). *Frecuencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de las áreas críticas del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda*, Venezuela.
- Pines, M. (2002). Teacher Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *Teachers and teaching: Theory and practice*, 8, 121-140.
- Sabino, C. (1993). *Como hacer un tesis*. (2ª ed.). Venezuela: Epistema.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (1996). *Metodología y diseño de investigación científica*. Perú: Visión Universitaria.
- Schaufeli, W. & Schreurs, A. (1999). Work Related and Individual Determinants of the Three Burnout Dimensions. *Work and Stress*, 13(1), 174-86.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice*. New Jersey: Erlbaum.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.

Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada al síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio.

Ubillús, L. y Pérez, P.(2009). *Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga-2009*.(Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo,Perú.

Vela, O. (2001). *Síndrome del estrés laboral asistencial y satisfacción -insatisfacción laboral en personal de salud, de los hospitales de Essalud- Trujillo, según situación laboral, tiempo de servicio y tipo de profesión*. Universidad Cesar Vallejo. Trujillo-Perú.

Apéndices

Apéndice A

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE

La presente investigación “Dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013”. Es conducida por Mera Olivares Diego Adrián, con DNI N° 71715147, domicilio sito en calle Pachacútec N° 1068- La Victoria-Chiclayo, y por More Durán Erika Natalí, con DNI N° 72404590, domicilio sito en Psje. El Pacífico N° 120 P.J Ricardo Palma-Chiclayo. Este estudio viene siendo asesorado por la Psicóloga Lucila Elsa Arnao Morales. Los encargados del mismo son estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y cuentan con la autorización de este hospital para realizar esta investigación.

El objetivo del presente es “Determinar si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital de MINSA y de ESSALUD de Chiclayo-2013”. Si usted accede a formar parte de esta investigación, se le pedirá responder al Inventario Burnout de Maslach, cuyo tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos. El manejo de la información no se usará para otro propósito que el mencionado anteriormente, se respetará en todo momento su integridad y voluntad para formar parte del estudio, las respuestas que usted dé a la encuesta serán codificadas usando un número, por lo tanto será anónima, asimismo, existiendo la posibilidad que los resultados sean publicados en una revista científica, se protegerá su identidad en todo momento.

De presentarse alguna duda, usted posee el derecho de plantearla a cualquiera de los encargados del proyecto, y de exigir una respuesta acorde a sus intereses, de no recibirla, o no quedar conforme con la misma, tiene la potestad de retirarse en cualquier momento, sin que ello genere perjuicio contra su persona.

Si usted tiene alguna duda sobre este trabajo o desea conocer los resultados puede contactarse con cualquiera de los números telefónicos posteriormente citados.

Mera Olivares Diego Adrián
Celular N° 978058220

More Durán Erika Natalí
Celular N° 979950402

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... de..... años de edad. Identificado(a) con DNI N°....., manifiesto haber recibido la invitación correspondiente para ser parte de la investigación titulada “Dimensiones del síndrome de burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital MINSA y ESSALUD de Chiclayo-2013”, la cual tiene 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 de ESSALUD de Chiclayo-2013”, dando constancia que Mera Olivares Diego Adrián o More Durán Erika Natalí me han informado de manera clara sobre este estudio, doy por sentado que:

El manejo de la información no se usará para otro propósito que el mencionado anteriormente, se respetará en todo momento mi integridad y voluntad para formar parte del presente. Así también, entiendo que las respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número, por lo tanto será anónima.

De tener yo alguna duda, cualquiera sea su origen o tipo, poseo el derecho de plantearla y exigir a cada uno de los encargados del proyecto una respuesta acorde a mis intereses, de no recibirla, o no quedar conforme con la misma, tengo la absoluta potestad para retirarme del proyecto en cualquier momento, sin que ello genere perjuicio hacia mi persona. Asumo que de ser publicados los resultados en una revista científica, se protegerá en todo momento mi identidad.

Tomando en cuenta cada uno de los compromisos, anteriormente prescritos por los investigadores para con mi persona, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA FORMAR PARTE DEL PRESENTE ESTUDIO.

Firma
DNI N°.....

Mera Olivares Diego Adrián
DNI N° 71715147

More Durán Erika Natalí
DNI N° 72404590

Chiclayo,.....de..... del 2013.

Apéndice B

Nº

INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Área crítica a la que pertenece: _____

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos, su trabajo y a las personas a quienes dan servicio.

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted experimenta ese sentimiento:

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo como se sienten las personas.							
5. Creo que trato a las personas como si fuesen objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente me supone un esfuerzo							
7. Trato eficazmente los problemas de las personas.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. No me preocupa lo que le ocurra a las personas.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con otras personas.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Siento que ya no puedo más.							
21. En mi trabajo trato los problemas que se me presentan con mucha calma.							
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.							

Apéndice C

Datos de validez y confiabilidad del Inventario Burnout de Maslach

Coeficiente de validez obtenido a través del método Item-Test de las dimensiones del síndrome de burnout (Vela, 2001).

Cansancio Emocional		
Item	Coef. Pearson	Signif.
1	0.61	**
2	0.688	**
3	0.734	**
6	0.587	**
8	0.508	**
13	0.453	**
14	0.622	**
16	0.280	**
20	0.355	**

Despersonalización		
Item	Coef. Pearson	Signif.
5	0.500	**
10	0.639	**
11	0.638	**
15	0.554	**
20	0.489	**

Realización personal		
Item	Coef. Pearson	Signif.
4	0.469	**
7	0.550	**
9	0.624	**
12	0.518	**
17	0.483	**
18	0.553	**
19	0.651	**
21	0.591	**

**P ≤ 0.01

*P ≤ 0.05

Coeficiente de confiabilidad obtenido a través del método de Alfa de Cronbach para las dimensiones del síndrome de burnout (Vela, 2001).

Dimensiones	Confiabilidad
Cansancio emocional	0.7244
Despersonalización	0.7429
Realización personal	0.7195