

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD



TESIS

**“DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y CARACTERÍSTICAS
BIOSOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES, LABORALES DEL PERSONAL
DE SALUD, MICRO RED EL TAMBO – BAMBAMARCA, 2015”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADOS CRÍTICOS,
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PRESENTADO POR

LIC. ENF. JOSE ROBERT RAMOS HUAMAN

ASESORA

DRA. HUMBELINA CHUQUILIN HERRERA

Cajamarca-Perú

2018

COPYRIGHT©2018 by
JOSE ROBERT RAMOS HUAMAN
Todos los derechos reservados

RAMOS J. 2018. Dimensiones Del Síndrome De Burnout Y Características Biosociodemográficas, Familiares, Laborales Del Personal De Salud, Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. JOSE ROBERT RAMOS HUAMAN.

ASESORA: DRA. Humbelina Chuquilin Herrera

Disertación Académica Para Optar El Título Profesional De Especialista En Enfermería En Cuidados Críticos, Emergencias Y Desastres-UNC 2018.

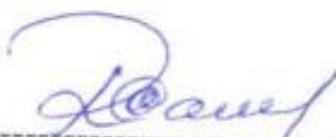
DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES, LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD, MICRO RED EL TAMBO – BAMBAMARCA, 2015.

AUTOR: LIC. JOSE ROBERT RAMOS HUAMAN

ASESORA: DRA. HUMBELINA CHUQUILIN HERRERA

Tesis Evaluado y Aprobada para la obtención del Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Críticos, Emergencias y Desastres en la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros.

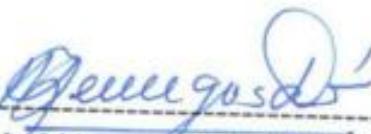
JURADO EVALUADOR



DRA. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ
PRESIDENTA



M.Cs. DOLORES EVANGELINA CHAVEZ CABRERA
SECRETARIA



MG. PETRONILA ANGELA BRINGAS DURAN
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los compañeros de trabajo de la “Micro Red de Salud el Tambo”, los cuales son un grupo de personas que trabajan arduamente, luchando cada día en circunstancias, que a veces no son las adecuadas, arriesgando sus vidas con único objetivo de salvar una vida, y ser los mejores dentro de una sociedad tan competitiva. Además por las facilidades para el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi familia, por su incondicional apoyo, los cuales son mi mayor motivación de superación en cada meta trazada.

A la Dra. Humbelina Chuquilin Herrera,
por su mayor contribución a que esta profesión
siga creciendo de acuerdo a
los últimos avances en salud e investigación.

AGRADECIMIENTO

*A todo el equipo de profesionales de la segunda especialidad,
de “enfermería en cuidados críticos emergencias y desastres”,
por brindar sus conocimientos científicos, tecnológicos,
humanísticos y valores en mejoras por la población.*

*A mi asesora, la Dra. Humbelina Chuquilin Herrera,
por brindar todo su conocimiento y asesoría
para poder terminar con éxito el desarrollo
de este trabajo de investigación.*

*A Odaliz, Araceli, Eulalia, Pepe, Juan, Hormecinda, mi querida familia,
quiénes con su apoyo, incondicional permitieron cumplir
este sueño denominado “segunda especialidad” y así seguir
creciendo de manera personal y profesional.*

INDICE

A. GLOSARIO	viii
B. RESUMEN	ix
C. ABSTRACT	x
D. INTRODUCCIÓN	xi
I. CAPÍTULO I EL PROBLEMA	01
1.1 Definición y delimitación del problema	02
1.2 Justificación	04
1.3 Objetivos	06
II. CAPITULO II MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes	08
2.2 Teorías sobre el tema	20
2.3 Marco conceptual de términos	35
III. CAPITULO III DISEÑO Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	39
3.1 Hipótesis	40
3.2 Variables	40
3.3 Operacionalización de variables	41
3.4 Metodología de la investigación	49
3.5 Población y muestra	49
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.7 Validez y confiabilidad	50
3.8 Procedimiento para la recolección de datos	50

3.9 Área de estudio	50
3.10 Unidad de Análisis	51
3.11 Criterios de Inclusión y exclusión	51
3.12 Procesamiento, interpretación y análisis de datos	51
3.13 Presentación de Resultados	51
3.14 Consideraciones éticas	51
IV. CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
V. CONCLUSIONES	83
VI. RECOMENDACIONES	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
VIII. ANEXOS	94

LISTA DE TABLAS O ILUSTRACIONES

- ❖ Tabla 1 Características Biosociales del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. Pág. 54
- ❖ Tabla 2 Características demográficas y familiares del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. Pág. 55.
- ❖ Tabla 3 Características laborales del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. Pág. 56.
- ❖ Tabla 4 Dimensiones del Síndrome de Burnout del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. Pág. 58.
- ❖ Tabla 5 Características Biosociales y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 59.
- ❖ Tabla 6 Características Demográficas-Familiares y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 61
- ❖ Tabla 7 Características Laborales y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 63.
- ❖ Tabla 8 Características Biosociales y Despersonalización del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 67.
- ❖ Tabla 9 Características Demográficas-Familiares y Despersonalización del personal de salud de

- la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 69.
- ❖ Tabla 10 Características Laborales y Despersonalización del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015. Pág. 71.
 - ❖ Tabla 11 Características Biosociales y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 74.
 - ❖ Tabla 12 Características Demográficas-Familiares y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 76.
 - ❖ Tabla 13 Características Laborales y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015. Pág. 78

GLOSARIO

1. **Síndrome de Burnout.** “Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes”. ⁽¹⁾
2. **Desempeño laboral.** es un proceso para determinar qué tan exitosa ha sido una organización (o un individuo o un proceso) en el logro de sus actividades y objetivos laborales. ⁽²⁾
3. **Agotamiento emocional:** el desequilibrio entre la percepción de las capacidades de afrontamiento, recursos físicos y mentales de los trabajadores ante las exigencias de su actividad. ⁽³⁾
4. **Despersonalización:** una alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior⁽⁴⁾
5. **Baja Realización Personal:** Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad en el trabajo, ideas de fracaso respecto a la propia realización del mismo; en definitiva, implica respuestas negativas hacia uno mismo y al trabajo, típicas de la depresión. ⁽⁵⁾

RESUMEN

Nuestro estudio de Dimensiones de Síndrome de Burnout, y diferentes características de 27 personas estudiadas, se obtuvieron los siguientes resultados, con respecto a las características Biosociales, predomina el sexo masculino (51.9%), los menores de 30 años (48.1%) y de estado civil soltero (63%); dentro de las características demográficas y familiares predomina con un 44.4% que viven solos, no tienen hijos (55.6%) y tienen menos de 5 horas de esparcimiento semanal (44.4%); en las características laborales es prevalente ser contratado (77.8%), con una experiencia profesional de 1-5 años (59.3%), trabajan más de 30 horas semanales (88.9%). En el caso de las dimensiones del Síndrome de Burnout, en las tres dimensiones resaltan los porcentajes de un nivel bajo de dicho Síndrome, Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (85.2%, 85.2% y 66-7% respectivamente). En el análisis comparativo se encontró diferencias significativas en las horas de esparcimiento semanal y agotamiento Emocional (p valor de 0.011, $p < 0.05$). Además, se encontró diferencias significativas en el número de horas semanales en el trabajo y la despersonalización del personal (p valor de 0.021, $p < 0.05$). La cantidad de horas semanales en el trabajo y la realización personal (p valor de 0.021, $p < 0.05$). Se concluye que si existe relación entre las características de los trabajadores y las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Palabras claves: *Síndrome de Burnout, Desempeño laboral, Agotamiento emocional, Despersonalización, Baja Realización Personal.*

ABSTRACT

Our study of dimensions of Burnout Syndrome, and different characteristics of 27 people studied, we obtained the following results, regarding the biosocial characteristics, predominantly male (51.9%), children 30 years (48.1 %) and State civil unmarried (63%); within the family and demographic characteristics predominates with a 44.4% who live alone, have no children (55.6%) and have less than 5 hours of entertainment weekly (44.4%); in the labor characteristics is prevalent to be hired (77.8%), with 1-5 years of professional experience (59.3%), work more than 30 hours a week (88.9%). In the case of the dimensions of Burnout Syndrome, in three dimensions highlight the low percentages of this syndrome, emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment (85.2%, 85.2% and 66 - 7% respectively). In the comparative analysis has found significant differences in hours of weekly entertainment and emotional exhaustion (p value of 0.011, $p < 0.05$). In addition, found significant differences in the number of hours a week at work and the depersonalization of the staff (p value of 0.021, $p < 0.05$). The amount of hours a week at work and personal fulfillment (p value of 0.021, $p < 0.05$). It is concluded that if there is a relationship between worker characteristics and the dimensions of Burnout Syndrome.

Key words: Burnout Syndrome, work performance, emotional exhaustion, depersonalization, low performing staff

INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta un punto tal que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. ⁽⁶⁾ Dentro de los riesgos psico-sociales relacionados con el excesivo nivel de exigencia laboral, sobresale como fuente de enfermedad, aparte de la adicción al trabajo y el estrés laboral, el síndrome de burnout. ⁽⁷⁾

Este concepto normalmente es conocido y utilizado como sinónimo de fatiga por un porcentaje importante de encargados de recursos humanos o gerentes, pero en general sigue siendo desconocida su naturaleza más compleja, en la cual es posible describir una serie de síntomas asociados a la condición, causas favorecedoras y finalmente medidas sistemáticas que pueden prevenir su ocurrencia en la empresa. ⁽⁷⁾

El síndrome de Burnout (SBO) es el desgaste emocional con conductas de distanciamiento afectivo que se desarrolla debido al estrés laboral crónico al que se está sometido, sumado a la percepción de estar realizando la labor de un modo deficiente, se presenta principalmente en profesiones cuyo objeto de trabajo son personas ⁽⁸⁾

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación. De esta manera son muchos los potencialmente afectados entre los que destacamos: enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, profesores, policías entre otros. Esta afección es un factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica. ⁽⁶⁾

El SBO tiene consecuencias negativas sobre la salud, especialmente sobre la salud mental del individuo que repercuten en su fisiología, su comportamiento y en su estado psicológico, con alteraciones que pueden ser permanentes. Clínicamente se establecen cuatro niveles: Leve, cuando los

síntomas físicos remiten fácilmente; moderado, ya se empiezan a instaurar en el individuo conductas como cinismo, negativismo; grave, empieza a instaurarse el ausentismo laboral y extremo, donde hay manifestaciones psiquiátricas que pueden culminar en suicidio ⁽⁹⁻¹¹⁾. El tratamiento depende de la gravedad del síndrome, puede ir desde alivio del estrés mediante técnicas de relajación o practicar algún deporte, hasta necesidad de antidepresivos y psicoterapia; el tener compañeros en el centro de trabajo, que poseen los mismos síntomas, con quienes compartir, alivia la presión emocional y ayuda mucho al profesional a reducir la culpa ⁽¹²⁾

El presente estudio tiene por finalidad reconocer la relación entre las dimensiones del síndrome de Burnout y las características Biosociodemográficas, familiares y laborales de personal de salud en el Centro de Salud el Tambo-Bambamarca. Personal de Salud que labora en situaciones adversas determinadas por la geografía, la educación, la economía, entre otras, y que pretende dar lo mejor de los mismos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

CAPITULO I

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La temática de trabajo y salud del trabajador es investigada por instituciones como la OMS, que define la salud ocupacional como; “la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”. La prevención entre los trabajadores de alteraciones de la salud causadas por sus condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores en su área de trabajo de riesgos resultantes de factores adversos a su salud. La ubicación y el mantenimiento del trabajador en un ambiente ocupacional adaptado a su condición fisiológica y, para resumir, la adaptación del trabajo al hombre: su ocupación. ⁽¹³⁾

Organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional del Trabajo (OIT), llaman la atención sobre aspectos psicosociales que afectan a los trabajadores de salud, tal es el caso de las directrices marco para combatir la violencia laboral en el sector salud. El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) definen a los factores psicosociales en el trabajo como "interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento.⁽¹⁴⁾

Se ha demostrado que los factores psicosociales en el trabajo suelen tener un carácter crónico lo que supone una tensión psicológica continua para el individuo. Esta tensión crónica puede llevar a desencadenar algunos riesgos psicosociales como el síndrome de Burnout, que es considerado como resultante de una exposición crónica al estrés laboral. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ El Síndrome de Burnout, es un síndrome psicológico que se presenta en respuesta a estresores crónicos presentes en el trabajo, generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, primordialmente cuando ésta es de ayuda como en el caso de docentes, médicos, enfermeras, entre otros. Quien lo presenta, manifiesta actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con

las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. ⁽¹⁵⁾

Los trabajadores de salud, son muy propensos a padecer del Síndrome de Burnout, por las características de su trabajo que incluye situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés ⁽¹⁴⁾. situaciones que si no se tratan a tiempo pueden ocasionar alteraciones de adaptación del trabajador y repercutir en el aspecto profesional y familiar. Por otra parte, existe la presencia de desencadenantes epidemiológicos y laborales que establece diferencias significativas en los profesionales de la salud. ⁽¹⁵⁾

En el Perú dentro del plan nacional de salud mental que contiene lineamientos para la acción en salud mental y la estrategia sanitaria nacional de salud mental de cultura de paz se expone de un conjunto de objetivos, un resultados y actividades, que constituyen una propuesta concertada del plan nacional de salud mental, y el cual busca promover iniciativas sectoriales e intersectoriales de mayor impacto, quien trasciendan los límites de la enfermedad y genera del entornos y estilo de vida saludables. ⁽¹⁷⁾

Los encargados de liderar dicho plan es el personal de salud, quienes supuestamente deben implementar programas y actividades preventivas y promocionales orientadas haciendo del personal que labora en las instituciones.

⁽¹⁷⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las características Biosociodemográficas, familiares, laborales del personal Salud de la Micro Red El Tambo-Bambamarca, año 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Síndrome de Burnout es más frecuente que ocurra en los profesionales de la salud y en las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de los servicios. Y como se sabe que el burnout es el resultado de la exposición continua a los estresores existentes en las áreas laborales, de modo que diversas variables extralaborales y laborales, tales como edad, sexo, estado civil, número de hijos, tipo de profesión, puesto laboral, tecnología utilizada, desempeño de roles, clima laboral, tipo de personalidad y apoyo social, entre otras, se han estudiado en mayor o menor grado como antecedentes o facilitadores del síndrome, se hace necesario realizar esta investigación en nuestra realidad regional⁽¹⁸⁾.

Ante dicho conocimiento Hemos realizado un análisis minucioso de la información, y frente a la problemática encontrada, presentada en las páginas anteriores, es el interés de cómo está afectando el síndrome de Burnout a nuestra población de salud del primer nivel de atención teniendo en cuenta que aún estas no disponen de autonomía presupuestal para poder enfocar sus políticas de salud no solo enfocado hacia el paciente si no también, como es el sentir emocional de todos sus trabajadores.

Se encontraron estudios relacionados con el tema en su mayoría en Hospitales mas no aún en establecimientos del primer nivel de atención, este estudio pretende darnos una visión de la realidad de 5 establecimientos y que sirva también para inspirarnos propuestas a todo nivel jerárquico de las diferentes unidades ejecutoras y Diresas.

El Burnout está enfocado en los diferentes campos del conocimiento, durante el último siglo, durante este periodo, se genero una serie de perspectivas teóricas que han estimulado a los interesados en esta área, a la investigación

pura y aplicada. Se han podido integrar las concepciones fisiológicas y socioculturales en conocimiento que ofrecen perspectivas, para los investigadores de nuevas generaciones.

Lo resaltado anteriormente es las razones por lo que se eligió este tema” relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas en personal de Salud de la Micro Red El Tambo. Con este estudio se hizo conocer la problemática en los trabajadores de primer nivel de atención y a partir de ello proponer a futuro políticas de mejora en las instituciones de salud.

Está investigación trae consigo ser un recurso de análisis para la toma de decisiones en salud pública en mejoras de las esferas biosicosociales de los trabajadores del sector salud para así lograr una atención de calidad y calidez para con los usuarios.

Así mismo, esta investigación contribuye con el desarrollo cognitivo acerca del síndrome de burnout, sus dimensiones, niveles relacionado con características Biosociodemograficas, familiares, laborales en personal de salud y además fomentar la investigación de las mismas en otros escenarios.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout, y las características Biosociodemográficas, familiares y laborales del personal de salud de la Micro Red El Tambo- Bambamarca año 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características Biosociodemográficas en el personal de Salud de la Micro Red El Tambo-Bambamarca, año 2015.
- Identificar las características familiares en el personal de Salud de la Micro Red El Tambo- Bambamarca, año 2015.
- Identificar las características laborales en el personal de Salud de la Micro Red El Tambo- Bambamarca, año 2015.
- Determinar las dimensiones del Síndrome de Burnout en el personal de Salud de la Micro Red El Tambo-Bambamarca, año 2015.
- Relacionar las características Biosociodemográficas, familiares y laborales con las dimensiones del Síndrome de Burnout en el personal de Salud de la Micro Red El Tambo-Bambamarca, año 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Juárez García A., Álvaro J. Idrovo, Camacho Ávila A, Placencia Reyes realizó un estudio en población mexicana para la búsqueda en 12 bases de datos Sesenta y cuatro estudios fueron seleccionados (n=13 801 empleados), los que en su mayoría se concentran en profesionales de la salud y poco más de la mitad en el Estado de Jalisco y el Distrito Federal. La revisión metodológica evidenció que más de 90% de dichos estudios son de diseño observacional-transversal y la mayoría con niveles de análisis que pueden ser vulnerables al efecto de variables que generan confusión. Destaca el hallazgo de la gran heterogeneidad existente en criterios para determinar la prevalencia. Los metaanálisis en 14 estudios seleccionados arrojaron valores promedio de "una vez al mes o menos" en la escala de frecuencia de síntomas de Burnout. ⁽¹⁹⁾

Zaquinaula Camacho, Jenny Margott; realizaron un estudio de Factores Asociados Al Síndrome De Burnout En El Personal De Enfermería En Emergencia. dicho estudio cuantitativo de diseño sistemático y transversal. Encontrando los principales factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en emergencia el 83.3% (n = 10/12) de los artículos evidencia que el factor asociados al síndrome de burnout es la carga laboral. El 58.3 % (n = 7/12) de los factores asociados al síndrome de Burnout es el ambiente o entorno laboral. El 41.7% (n = 5/12) de los factores asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería es la falta de realización personal. Concluyendo que los factores asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería en emergencia, es la carga laboral, el ambiente o entorno laboral y falta de realización personal. ⁽²⁰⁾

Martínez García realizó un estudio para analizar los niveles y la prevalencia de burnout en profesionales de enfermería de Cuidados Paliativos (CP), y detectar aspectos que determinen el riesgo de Burnout. El estudio se llevó a cabo con una muestra de enfermeras dedicadas a Cuidados paliativos y un grupo control de enfermeras de los mismos hospitales y otras unidades de hospitalización. Se diseñó un cuadernillo de recogida de datos con un cuestionario de burnout (MBI), una escala de apoyo social percibido y un cuestionario de satisfacción laboral además de una serie de variables sociodemográficas. Resultados: Participaron 105 enfermeras en el estudio, 64 de CP. No se encontraron diferencias significativas entre niveles y prevalencia de burnout en ambos grupos. Un 58(NCP)-62(CP)% presenta cansancio emocional elevado, un 66(NCP)-59(CP)% un nivel importante de despersonalización y un 66(NCP)-70(CP)% una baja realización personal. El porcentaje de enfermeras en el rango de los valores normativos para Burnout es algo menor en paliativos que en el resto (33% vs 41%): Sin embargo las diferencias no alcanzan significación estadística. Una de cada tres profesionales de enfermería se encuentra dentro de los límites normales de burnout (33%), otra se encuentra quemada (34%) y la tercera se puede considerar muy quemada (33%), con dos o tres factores alterados. La falta de formación está relacionada con un mayor cansancio emocional ($p \leq 0.003$) y una menor realización personal ($p \leq 0,031$). Se observa una mayor satisfacción en las enfermeras de CP, con diferencias estadísticamente significativas. Conclusiones: Los niveles de quemamiento de las enfermeras estudiadas han resultado ser similares en los dos grupos y superiores a los controles de población española. Las de CP están más satisfechas y sienten apoyo en algunos aspectos. La experiencia se comporta como un factor protector ante el agotamiento emocional. Las profesionales perciben falta de formación específica adecuada y falta de entrenamiento en habilidades de comunicación. Convendría estudiar los procesos de selección y formación de las enfermeras para prevenir el desgaste profesional. ⁽²¹⁾

D. Navarro-González realizó un estudio cuyo objetivo es determinar la prevalencia del síndrome de *Burnout* entre los trabajadores de Atención Primaria, determinar las diferencias de prevalencia entre médicos, pediatras,

ATS-DUE, administrativos y trabajadores sociales, y evaluar las variables asociadas. Descriptivo transversal en 54 centros de salud de Navarra desde septiembre a diciembre de 2010, con 178 profesionales pertenecientes a los 5 grupos de estudio. Cuestionario anónimo autoadministrado que incluye: *el Maslach Burnout Inventory* y una encuesta sobre variables sociodemográficas y laborales. La prevalencia de burnout en los profesionales de Atención Primaria fue del 39,3%. Presentaron mayores niveles los administrativos y los médicos de familia, con una OR frente a ATS-DUE de 4,58 y 5,37, respectivamente, en la dimensión de cansancio emocional, 4,98 y 2,87 en despersonalización, y 8,37 para los administrativos en realización personal. Encontraron asociación del burnout con los siguientes factores: ser varón (para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, cifras de 25,5 y 31,9%, respectivamente), trabajar en un área urbana (para cansancio emocional y despersonalización, 20 y 27,8%, respectivamente), consumo de psicofármacos (para cansancio emocional, 30%), tamaño del cupo (para despersonalización, con una media de 1.565 pacientes), y presión asistencial (para cansancio emocional y despersonalización, medias de 170,35 y 153,54 pacientes/semana, respectivamente). Concluyendo que aproximadamente un tercio de los profesionales de Atención Primaria presentaron niveles altos de *Burnout*, asociado principalmente con el área de trabajo, el tamaño del cupo y el grupo profesional, con mayor prevalencia en administrativos y médicos de familia. ⁽²⁶⁾

Juan P. Martínez, Inmaculada Méndez, Esther Secanilla, Ana Benavente y Julia García Sevilla realizaron un estudio cuya finalidad ha sido comparar los niveles de Burnout que presentan los trabajadores en función del centro, crear un perfil del cuidador con una alta realización profesional y describir la calidad de vida que perciben los residentes de Murcia y Barcelona. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la Encuesta elaborada AD HOC para Cuidadores Profesionales y el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en los residentes. Los resultados reflejan, por un lado, que los niveles de realización profesional pueden ser paradójicamente más altos en situación de catástrofe y, por otro lado, que el 98.2% de los usuarios se encuentra satisfecho con la residencia en la cual se encuentra y el 81.8% con la forma en la que ocupan el tiempo. Las conclusiones que se extrapolan del

estudio arrojan luz sobre el panorama actual de los trabajadores y de los residentes y la influencia que un terremoto puede tener sobre ellos. ⁽²²⁾

Cristina De Francisco, Enrique J. Garcés de Los Fayos realizaron un estudio con el objetivo fundamental de comparar dos instrumentos de medida del burnout en deportistas: el Inventario de Burnout en Deportistas revisado (IBD-R) y el Athlete Burnout Questionnaire (ABQ). Ambos modelos de medida asumen una composición tridimensional del síndrome existiendo supuestamente un paralelismo conceptual entre dimensiones. Los análisis de correlaciones realizados entre subescalas supuestamente equivalentes muestran, no obstante, que sólo existe un buen grado de convergencia entre una de las subescalas (Agotamiento Emocional del IBD-R y Agotamiento Físico y Emocional del ABQ). Otras dos subescalas que deberían converger (Reducida Realización Personal del IBD-R y Reducida Sensación de Logro del ABQ) muestran un grado de convergencia menor del esperado y las subescalas de Despersonalización del IBD-R y Devaluación de la Práctica Deportiva del ABQ apenas evidencian relación. Las disonancias teóricas y psicométricas observadas nos hacen reflexionar acerca de desarrollo de un nuevo modelo que integre los componentes del burnout no convergentes. ⁽²³⁾

Julieta Greif realizó un trabajo con la finalidad de analizar la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con variables personales y organizacionales. Se estudió a una muestra de 52 enfermeros de un Hospital general del Conurbano Bonarense. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory-Human Survey Services y el cuestionario para estudiar la calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Como resultados en la composición de la muestra, se observó que la mayoría eran mujeres (80.8%). Respecto a las variables estado civil y el tipo de contrato, se halló que el 62% tenía pareja estable y el 86.5% era de planta. Se concluyó que la prevalencia de Burnout fue de un 3.85%, presentando el 61.54% de los sujetos un alto nivel de agotamiento emocional. ⁽²⁴⁾

Correa Correa, Muñoz Zambrano, realizó un estudio que consistió en evaluar el síndrome de desgaste profesional o Burnout: antecedentes, síndrome

y consecuentes, en docentes que laboran medio tiempo y tiempo completo en dos universidades privadas de la ciudad de Popayán, 2008. La población es de 44 participantes tanto del género masculino y femenino, con edades entre los 20 y 40 años, evaluada con el Cuestionario Breve de Burnout o CBB, validado para Latinoamérica y para docentes, que incluye elementos antecedentes y consecuentes del síndrome. Estudio cuantitativo transversal. El análisis es univariado y bivariado. Los resultados indican una baja presencia del síndrome de Burnout en esta población. Se encuentra una frecuencia del 9 % de alta despersonalización, es decir, estos docentes han desarrollado actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de sus servicios; y frecuencias del 16 % y del 9 % de altas consecuencias físicas y sociales, respectivamente. El análisis bivariado demuestra la asociación significativa de diversos factores. Concluyendo en términos generales existe una baja presencia del síndrome de Burnout en esta población. Los factores que están altamente asociados con las consecuencias físicas y sociales evaluadas son: género masculino, edad entre 20 y 40 años, relación marital con pareja habitual, dedicación de tiempo completo al trabajo, realización de actividades laborales en casa y la interacción del más del 75 % del tiempo de la jornada laboral con los beneficiarios de los servicios.

(25)

D. Navarro González realizó su estudio con finalidad de determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los trabajadores de Atención Primaria, determinar las diferencias de prevalencia entre médicos, pediatras, ATS-DUE, administrativos y trabajadores sociales, y evaluar las variables asociadas. Realizó un estudio descriptivo transversal en 54 centros de salud de Navarra desde septiembre a diciembre de 2010, con 178 profesionales pertenecientes a los 5 grupos de estudio. Cuestionario anónimo autoadministrado que incluye: *el Maslach Burnout Inventory* y una encuesta sobre variables sociodemográficas y laborales. La prevalencia de burnout en los profesionales de Atención Primaria fue del 39,3%. Presentaron mayores niveles los administrativos y los médicos de familia, con una OR frente a ATS-DUE de 4,58 y 5,37, respectivamente, en la dimensión de cansancio emocional, 4,98 y 2,87 en despersonalización, y 8,37 para los administrativos en realización personal. Encontraron asociación del burnout con los siguientes factores: ser varón (para las dimensiones de

cansancio emocional y despersonalización, cifras de 25,5 y 31,9%, respectivamente), trabajar en un área urbana (para cansancio emocional y despersonalización, 20 y 27,8%, respectivamente), consumo de psicofármacos (para cansancio emocional, 30%), tamaño del cupo (para despersonalización, con una media de 1.565 pacientes), y presión asistencial (para cansancio emocional y despersonalización, medias de 170,35 y 153,54 pacientes/semana, respectivamente). Concluyendo aproximadamente un tercio de los profesionales de Atención Primaria presentaron niveles altos de *Burnout*, asociado principalmente con el área de trabajo, el tamaño del cupo y el grupo profesional, con mayor prevalencia en administrativos y médicos de familia. ⁽²⁶⁾

O del Rio Moro, Pereagua García, B, Vidal Gómez realizó un estudio tipo transversal y descriptivo. En base a datos de descripción de la población (doce variables), "Inventario de burnout de Maslach "(MBI) midiendo tres rasgos o subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Resultando que recogidos trescientos veinte cuestionarios, lo que supone más del setenta por ciento de los enfermeros/as que trabajan en el hospital, se declaró que el 17,83% sufría burnout, donde el intervalo de confianza del 95% corresponde a 14,2%-21,4%. Además, se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los enfermeros/as, despersonalización en el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%. Concluyendo que se detectó la presencia de burnout en los enfermeros/as de nuestro hospital. Los casos aparecidos se mueven en rangos similares a estudios hechos en los últimos tiempos con enfermeros/as, 17%-25%. El grupo de enfermeros más importante que presenta burnout es el de hospitalización. Esto nos conduce a los profesionales de enfermería a conocer y practicar medidas para combatir la aparición de burnout y poner en marcha mecanismos para resolver satisfactoriamente los casos conocidos. ⁽²⁷⁾

Martinez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A. realizaron un trabajo cuyo objetivo fue determinar el grado de *burnout*, o desgaste profesional, en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina y los factores asociados. De tipo estudio descriptivo transversal. Sujetos. Médicos dedicados a la atención primaria (AP) (n = 106) y atención especializada (AE) (n = 129). Usando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y

encuesta con variables sociodemográficas y sugerencias. Ambos anónimos y autoadministrables. Resultando que contestaron 144 médicos (61,27%), 63 de AP y 81 de AE, varones el 72,2% y con una media de edad de 45 años (con una escasa variabilidad entre AP y AE). La media de años trabajados fue de 18,65. Realizan guardias 102 (70,83%). El tipo de contrato es fijo en 85 (59,02%), interino en 49 (34,02%) y «otros» en 10 (6,94%). Presenta Burnout el 76,4% de los profesionales (moderado en el 38,9% y alto en el 37,5%). Resulta estadísticamente significativa la diferencia entre Burnout de AP y AE (el 85,7 frente al 69,1%). En el resto de las variables estudiadas (edad, sexo, estado civil, realización de guardias...) no encontraron diferencias significativas. Como sugerencias para mitigar el Burnout destacan la petición de apoyo de mejoras laborales, un mayor reconocimiento personal y profesional, la implicación de la Administración y la Gerencia, la remuneración económica, facilitar formación e investigación, etc. Concluyendo que el grado de desgaste profesional (Burnout) es muy elevado en nuestra área, con un mayor porcentaje en AP que en AE ⁽²⁸⁾

Ávila J, Gómez L, Montiel M. realizó un estudio donde busca encontrar la relación entre variables demográficas y laborales con el Síndrome De Burnout con una muestra de 99 profesionales de salud, resultando que alrededor del 29,3 % de la muestra presenta burnout, sobresaliendo las manifestaciones de despersonalización y agotamiento emocional, las cuales se relaciona con el número de horas de trabajo diario y el servicio clínico desempeñado. También se observan diferencias de acuerdo al género frente al agotamiento emocional que se da con más frecuencia mujeres. Por su parte, la baja realización personal no parece relacionarse con condiciones contextuales o demográficas. ⁽²⁹⁾

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Vasquez J, Maruy A, Verme E. realizó un estudio cuyo objetivo es determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory-HS traducido y validado al español. Resultados: Participaron 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de enfermería (13). La frecuencia de SBO fue de 3,76% (n = 2), el 12,97% (n = 7) de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 11,12% (n = 6) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14,81% (n = 8) presentó un bajo nivel de realización personal. Concluyendo que la falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome. ⁽³⁰⁾

Quiroz R, Saco S. En su Investigación donde determinaron factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, (21) Las enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD: Edad: promedio es de 41.7 años siendo la edad máxima 51 años y la mínima de 29 años. Sexo: femenino (98.6 %). El estado civil: casadas 78.08 % y solteras, separadas, viudas o divorciadas 21.92%. La situación laboral: el 63.01 % son nombradas y el 36.99 % son contratadas, el tiempo de servicio promedio fue de 13.5 años, siendo el máximo de 30 años y el mínimo de 1 año. El número de horas semanales de trabajo dentro del hospital, mínimo 36 horas y lo máximo 60 horas, otros trabajos fuera del hospital: el 8.22 %, el 86.30 % no tiene. Horas de trabajo a la semana fuera del hospital: máximo 60 horas. Horas de esparcimiento semanal en promedio 10.5 horas, viven con su familia completa el 94.52 % y con su pareja el 4.48 %, problemas más frecuentes; en primer lugar baja remuneración el 69.86 %, inseguridad en el trabajo el 15.07%, conflictos de pareja 10.96% y conflictos interpersonales 4.10%. Prevalencia del Burnout el 86% presentaron Burnout en nivel bajo y 1.4% en nivel medio. Sentirse bien en el trabajo que desempeña 91.2%, remuneración y bonificaciones 91.2%, oportunidad para la investigación 88.3%, relaciones interpersonales de colaboración y estimación mutua 87.6 %, reconocimiento de

su labor profesional 84.7 %, evaluación satisfactoria del desempeño 81 %, y autorrealización personal 65 % ⁽³¹⁾

Gomero R, Palomino J, Ruiz F. En su trabajo piloto que pretendió identificar los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en un centro de labor y aportar las características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. Usando el Maslach Burnout Inventory al personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú, previa explicación del estudio. Donde se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). Conclusiones: En la población estudiada encontraron un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Concluyendo en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas. ⁽³²⁾

Bobbio L, Ramos W. en su investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout (SBO) en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). un estudio transversal con los estudiantes de medicina del séptimo año de la UPCH (n=117) Se empleó dos encuestas autoadministradas anónimas, una sobre características sociodemográficas y laborales y otra, la escala Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Survey validada en español. Se encontró una prevalencia de SBO de 57,2% (n=59). Más de la mitad de la población presentó niveles medio o alto en despersonalización (DP) (68,9% [n=71]) y agotamiento emocional (AE) (67% [n =69]) y aproximadamente un tercio de los estudiantes tuvieron baja realización personal (RP) (35% [n=36]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas y la presencia de SBO. La presencia de enfermedad mental se asoció a niveles altos de DP y AE, mientras la ausencia de actividades extracurriculares se asoció a elevados puntajes en AE. Concluyendo que el SBO estuvo presente en más de la mitad de los internos de

medicina de la UPCH. La presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SBO. ⁽³²⁾

En una investigación cuya finalidad fue determinar la satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM). Estudio transversal. La muestra fue obtenida mediante muestreo aleatorio simple y estuvo constituida por personal asistencial médico y no médico (enfermería, obstetricia y técnico de enfermería) que laboraba en los pabellones de hospitalización, consultorios externos, servicios de emergencias (adultos, niños y gestantes) del HNDM entre enero y marzo de 2007. La muestra fue conformada en el grupo de médicos por 75 personas, en el grupo de enfermeros y obstetras por 65 personas y en el grupo de técnicos de enfermería por 87 personas. Se procedió a la aplicación de una encuesta anónima que valoró la satisfacción laboral y posibles factores asociados en personal asistencial médico y no médico. Los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%. El 22.7% del personal médico se encontraba satisfecho con su trabajo, la satisfacción en el grupo compuesto por enfermeras y obstetras fue del 26.2%; mientras que en el personal técnico de enfermería, la satisfacción laboral fue del 49.4%. El análisis multivariado mostró que en el personal asistencial médico del HNDM los factores asociados a satisfacción laboral fueron la adecuada higiene y limpieza de los ambientes de trabajo ($p=0.003$) y el tener adecuada relación con sus jefes de servicio ($p=0.023$). Los factores asociados a satisfacción en personal asistencial de enfermería y obstetricia fueron la adecuada carga laboral ($p=0.003$) y las adecuadas oportunidades de promoción y ascenso ($p=0.006$); mientras que, en el personal asistencial técnico fueron la satisfacción con el salario mensual ($p<0.001$) y con la supervisión ejercida sobre ellos ($p<0.001$). Existe un bajo porcentaje de satisfacción laboral en personal asistencial médico y no médico del HNDM el cual se encuentra por debajo de lo reportado por la literatura internacional. Los factores asociados a satisfacción difieren notablemente en el personal médico y no médico. ⁽³³⁾

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

Medina R. en su investigación cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre las características personales y las condiciones de trabajo con el síndrome de burnout. Utilizó la escala Maslach Burnout Inventory y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró un solo caso con presencia de síndrome de burnout. Por otro lado, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los médicos evaluados presentan un nivel bajo de burnout en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, a diferencia de la dimensión designada como falta de realización en el trabajo que presentan un nivel alto de este síndrome, entre las variables edad y burnout existe una correlación débil, a diferencia de las variables género, estado civil, condición laboral, tiempo de trabajo y horario de trabajo con el síndrome de burnout, no existió una correlación estadísticamente significativa. ⁽³⁴⁾

Miranda J, Gálvez N. en su estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre las variables clima organizacional y el síndrome de Burnout. Con una muestra de 139 trabajadores. Para determinar la relación entre las variables se ha utilizado dos cuestionarios estandarizados en el Perú. Los resultados muestran que 49,6% y 43,2% de trabajadores perciben un clima organizacional no saludable y por mejorar y el 43,2% y el 30,2% tienen un nivel alto y medio de Síndrome de Burnout. La conclusión más importante es que entre las dos variables hay una correlación $r = 0.293$ que es débil y positiva indica que mientras sea mejor el Clima Organizacional entonces disminuirá el nivel de Síndrome de Burnout. En todo momento se han tenido en consideración los criterios de rigor científico y los principios éticos del informe Belmonte. ⁽³⁵⁾

Chávez S, Marin R. en su investigación donde se evaluó la relación existente de los Factores Predisponentes del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, con una muestra de 137 profesionales de enfermería. Los resultados obtenidos en el periodo de estudio fueron (3,5%) del personal de Enfermería presentan el Síndrome de Burnout. ⁽³⁶⁾

Guerrero E, Vásquez D. En su investigación se llega a los siguientes resultados obtenidos muestran un grupo de profesionales, enfermeros un 50%;

de sexo masculino (53.1%); de estado civil convivientes (50%); nombrados (56.3%). En el grupo de no profesionales, son técnicas en enfermería (89.3%), de sexo femenino (57.1%), casados o casadas (35.7%), nombrados (64.3%); en ambos grupos la mayoría son mayores de 35 años de edad, personal que labora en el área de hospitalización (53.1%); desempeñando la labor asistencial (93.7%), trabaja entre 06y 08 horas por turno, refieren que su principal problema es la baja remuneración, mostraron su descontento porque a veces con nunca reciben beneficios laborales y generalmente no realizan actividades de esparcimiento. Los profesionales y no profesional en mostraron nivel los bajos de realización personal (65.5 y 67.9% respectivamente), son porcentajes alarmantes debido a la naturaleza de las consecuencias que esto carrera, se concluyó que las condiciones laborales guardan relación con el desarrollo del Síndrome De Burnout en el Personal Profesional y no Profesional de Salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. ⁽³⁷⁾

Revilla V. En su investigación se encontró que del total de profesionales de enfermería el 51.3% presenta grado medio de burnout, el 35.9% presenta grado bajo y el 12,8% de la población de estudio presenta grado alto, determinándose que del total de la población en estudio presenta síndrome de burnout en sus diferentes grados. ⁽³⁸⁾

Sernaqué R. en su trabajo encuentra las características del profesional de enfermería fueron: el 53.6% de la población tiene la edad entre 36 y 45 años, el 50 y% son casados; el 73.2 tienen hijos. El 51.8% de la población son contratados, el 50 % tienen un tiempo de servicio de 1 a 10 años, el 100 % trabaja de 37 a 40 horas semanales y el 92.9% no trabaja en otra institución. En cuanto al nivel de las dimensiones del síndrome de burnout el 100 % de la población tiene bajo nivel de agotamiento emocional; el 92,9% en un bajo nivel de despersonalización, el 5.5% nivel medio y el 1.8% tiene nivel alto. El 96.4% tiene alto nivel de realización personal mientras que el 3.6% tienen un nivel medio. El Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería se presentó en el nivel medio en un 100%. Se concluye que existe la presencia del síndrome de Burnout en el Profesional de enfermería de la Red de Salud Chota en nivel medio. ⁽³⁹⁾

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TEMA

2.2.1. TEORIA SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN ABRAHAN MASLOW

A Maslow le perturbaba el hecho de que casi todo el conocimiento que poseemos acerca de la motivación humana proviniera del análisis de pacientes sometidos a terapia. Aunque es mucho lo que hemos aprendido gracias a estos sujetos, es claro que sus impulsos psicológicos no reflejan las motivaciones de la población general. En su teoría de la jerarquía de necesidades, Maslow realizó toda una empresa intelectual. En efecto, logró integrar en un solo modelo los enfoques de las principales corrientes psicológicas: el conductismo, el psicoanálisis y sus vertientes mayores y la psicología transpersonal y humanista. Para Las capacidades claman por ser utilizadas, en un clamor que cesa sólo cuando se explotan de manera suficiente. Maslow, ninguno de estos enfoques es mejor ni más válido que los demás, pues cada cual tiene su propio lugar y su propia relevancia. Maslow definía las neurosis y las disfunciones psicológicas como enfermedades de la deficiencia, es decir, causadas por la privación de ciertas necesidades básicas, en la misma medida en que la falta de algunas vitaminas provoca enfermedades. Los casos más ilustrativos de las necesidades básicas son los de tipo fisiológico, como el hambre, la sed y el sueño. Evidentemente, la privación produce enfermedades, tarde o temprano, mientras que la satisfacción de estas necesidades representa la única forma de curarlas. No hay individuo que se sustraiga a la ley de las necesidades básicas. Aunque el grado y el tipo de satisfacción varíen con las sociedades, no es posible pasar por alto necesidades básicas como el hambre. Las necesidades fisiológicas comprenden la necesidad de alimento, agua, oxígeno, sueño y sexo. Muchas personas de nuestra cultura subsanan estas carencias sin mayores dificultades. En cambio, cuando las necesidades biológicas no se cubren de manera adecuada, la persona dirige casi todas sus energías a satisfacerlas. Maslow señala que a la persona que literalmente muere de sed, no le interesa satisfacer ninguna otra necesidad. Sin embargo, no bien se aplaca esta falta abrumadora, pierde importancia, lo cual da lugar a la satisfacción de otras

necesidades. También deben satisfacerse algunas necesidades psicológicas a fin de preservar la salud. Maslow menciona las siguientes necesidades psicológicas básicas: de seguridad, integridad y estabilidad; de amor y sentido de pertenencia; y de estima y respeto a sí mismo. Por añadidura, cada persona tiene necesidades de crecimiento: de materializar sus potencialidades y capacidades y de auto actualización. Por necesidades de seguridad Maslow alude al menester del individuo de un entorno relativamente estable, seguro y predecible para vivir. Todos tenemos necesidades básicas de estructura, orden y límites. Las personas necesitan liberarse de temores, angustias y caos. Al igual que con las necesidades fisiológicas, la mayor parte de las personas requieren una sociedad estable, bien gobernada y que brinde protección. En las sociedades occidentales modernas, la necesidad de seguridad adquiere predominio sólo en situaciones de emergencia, como los desastres naturales, las epidemias y las revueltas. Todos tienen necesidades relacionadas con el sentido de pertenencia y el amor. A todos nos motiva la búsqueda de relaciones íntimas y de sentirnos parte de diversos grupos, como la familia y los compañeros. Estas necesidades, escribe Maslow, se ven cada vez más frustradas en una sociedad que, como la nuestra, privilegia la movilidad y el individualismo. Además, la frustración de estas necesidades suele ser una de las causas de la inadaptación psicológica. Maslow (1987) concibe dos tipos de necesidades de estima. Primero, tenemos el deseo de competir y de sobresalir como individuos. Segundo, necesitamos el respeto de los demás: posición, fama, reconocimiento y apreciación de nuestros méritos. Cuando estas necesidades no se satisfacen, el individuo se siente inferior, débil o desamparado. Según Maslow, las necesidades de estima fueron señaladas por Adler y; hasta cierto punto, descuidadas por Freud, aun cuando en los años siguientes se les haya concedido una importancia cada vez mayor. La sana autoestima proviene del esfuerzo personal, el cual da por resultado logros y el respeto de los demás. Maslow explica que, aun cuando se satisfagan estas necesidades, las personas siguen sintiéndose frustradas o incompletas a menos que experimenten la auto actualización, es decir, que aprendan a explotar sus talentos y capacidades. La forma que adopta esta necesidad varía de una a otra persona. Todos tenemos diferentes motivaciones y capacidades. Para uno, el alcanzar la excelencia como padre

puede ser un objetivo prioritario, mientras que otros pueden sentirse impelidos a sobresalir como atletas, pintores o inventores. Para Maslow, hay que colmar las necesidades más básicas antes de satisfacer las menos críticas. Por ejemplo, las necesidades tanto fisiológicas como amorosas son esenciales para el individuo; sin embargo, cuando se tiene hambre, la necesidad de amor (o cualquier otra necesidad afectiva) cesa de ser un factor decisivo en la conducta. ⁽⁴⁰⁾

2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout o Distrés Laboral, La Organización Mundial de la salud Organización Mundial de la Salud (2008) define la salud como: “un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad, destacando el componente mental y social y subrayando su importancia para la calidad de vida, en la integración social de los individuos y en su participación social y laboral.” ⁽⁴¹⁾

Comienza con aparición de angustia y sentimientos de frustración (que se traduce como agotamiento emocional), trastornos en los ritmos de alimentación, de la actividad física, aparecen dolencias físicas y psíquicas, y un sentimiento de inadecuación a las tareas. “El hostigamiento psicológico en el trabajo”. Ciertamente, tanto el estrés como el Burnout son síndromes generados por el medio y las condiciones de trabajo, pero el interés que perseguimos es el análisis en el ambiente laboral. ⁽⁴¹⁾

Al igual que con el acoso moral y el estrés, veamos algunas formas de enfocar el concepto de Burnout. Como definición tenemos que "Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado al involucrarse la persona en situaciones emocionalmente demandante durante un tiempo prolongado. ⁽⁴²⁾

Muchos especialistas que el Burnout es el resultado del estrés no es ajeno a él tiene que haber una condición estresante para que aparezca el Burnout o síndrome de estar quemado. “Burnout tipo característico de estrés que se da en aquellas profesiones de quienes realizan su trabajo en contacto con otras personas que por sus características son sujetos de ayuda como los profesores,

asistentes sociales, personal de la salud y otros". Es un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral. ⁽⁴²⁾

2.2.3. PRINCIPALES MODELOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DEL QUEMADO EN EL TRABAJO.

Los modelos sobre el Burnout surgen de la necesidad de explicar la etiología del Burnout de manera satisfactoria para integrarlo en marcos teóricos más amplios y para explicar el progreso del burnout a través de sus síntomas. Esta necesidad lleva a la elaboración de modelos comprensivos y modelos de proceso. Los primeros agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, mientras que los segundos explican el proceso, a través del que los sujetos llegan a sentirse quemados. El Síndrome del Quemado en el Trabajo no aparece repentinamente como respuesta a un estresor determinado, sino que emerge en una secuencia determinada de tiempo. En la actualidad se han generado modelos más complejos con los mismos componentes básicos propuestos por Freunderberger y Maslach, de las tres dimensiones mencionadas anteriormente haciendo su aparición en el tiempo en forma secuencial. ⁽⁴³⁾

A. MODELOS COMPRESIVOS.

- a. Modelos elaborados desde la teoría socio cognitiva del yo. Se basa principalmente en los trabajos de Albert Bandura y se analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como así también el papel que desempeña el pensamiento auto referente en el funcionamiento humano, el modelo de Cherniss (1993), y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). ⁽⁴³⁾
- b. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Parten de los principios teóricos de la teoría de la equidad (Buunk y Schaufeli 1993), Hobfoll y Freddy (1993) ⁽⁴³⁾
- c. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional. Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias

de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo (SQT). Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen aquí los modelos de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el de Cox, Kuk y Leiter (1993) y el de Winnubst (1993).⁽⁴³⁾

B. MODELOS DE PROCESO.

- a. Modelo tridimensional del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS): es el cuestionario por excelencia para la evaluación psicométrica del SQT. Consta de 22 ítems que se distribuyen en tres dimensiones que evalúan aspectos cognitivos (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) de la psique. Aunque estas dimensiones son el resultado de un proceso inductivo fruto del análisis factorial de los ítems que componen el cuestionario, en base a ella se ha establecido la definición del síndrome y de sus síntomas. El modelo tridimensional del MBI-HSS ha sido contrastado empíricamente por autores que han hipotetizado diferentes patrones de relaciones causales entre sus dimensiones (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización), por lo que existen diferentes modelos para explicar el proceso del SQT según el MBI-HSS: Maslach (1982), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter y Maslach (1988), Lee y Ashforth (1993), o Gil-Monte (1994).⁽⁴⁴⁾
- b. Modelo de Edlwich y Brodsky (1980). Para estos autores el SQT es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral. Elaboran un proceso de cuatro fases:
 - La denominada de entusiasmo.
 - La segunda supone un estancamiento.
 - La fase de frustración.
 - La cuarta fase la denominan de apatía, y se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración.⁽⁴⁵⁾
- c. Modelo de Price y Murphy (1984). Para estos autores el SQT es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Para ellos presenta seis fases sintomáticas⁽⁴⁵⁾:
 - Fase de desorientación.

- Fase de inestabilidad emocional.
 - Fase de aparición de sentimientos de culpa debido al fracaso profesional.
 - Fase de soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase.
 - Fase de solicitud de ayuda.
 - Restablecimiento del equilibrio inicial con el que se abordó la profesión.
- d. Modelo de Gil Monte (2005). Distingue 2 perfiles en el proceso de SQT ⁽⁴⁵⁾:
- Baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero con ausencia de sentimientos de culpa.
 - Además de los anteriores síntomas, presenta sentimientos de culpa.

Gil-Monte y colaboradores (1997), crearon tres modelos transnacionales donde plantea que el Burnout debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. El primer modelo integra el Burnout dentro del estrés laboral, el segundo describe el desarrollo del proceso del Burnout, y el tercero, es un modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional. ^(43,45)

C. MODELOS TRANSACCIONALES

El burnout como respuesta al estrés laboral. Peiró y Salvador (1993) entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; Es decir, la situación estresor se debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del burnout. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la

organización, que analizaremos más adelante, en base al nivel de instauración del burnout. ⁽⁴⁶⁾

D. DESARROLLO DEL PROCESO DEL BURNOUT Y MODELOS EXPLICATIVOS.

Desarrollo del proceso del burnout. Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, entre los estudios que abordan el síndrome de burnout desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia de progreso del síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo correcto del proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención. ⁽⁴⁵⁾.

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas diferenciadas: ⁽⁴⁷⁾

- Fase de entusiasmo, en la que el trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.
- Fase de estancamiento: supone una paralización tras la constatación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo inicial.
- Fase de frustración: constituye el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- Fase de apatía: o núcleo central de la instauración del síndrome se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los

sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

E. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

Por otro lado, desde que se conceptualizó el burnout (Freudenberger, 1974) se ha intentado dar una explicación al mismo desde muy distintas perspectivas. El auge que han tomado las organizaciones de prestación de servicios, en las que la calidad de la atención al usuario o cliente es crítica para el éxito de la organización, así como la preocupación por el bienestar psicológico y calidad de vida laboral, ha dejado manifiesta la necesidad de explicar el fenómeno e integrarlo en marcos teóricos que permitieran identificar su etiología de manera satisfactoria. Ello ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos que entienden el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral crónico y que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los sujetos llegan a sentirse quemados. ⁽⁴⁸⁾

a. Modelo estructural

“Modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional”, Gil-Monte y Peiró (1997) han elaborado un modelo integrador donde se consideran los diferentes planteamientos vistos hasta ahora, como son:

- La importancia de las variables personales (sentimientos de competencia, la realización por el trabajo, la autoeficiencia y niveles de autoconciencia del sujeto).
- Los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, basada en la percepción de las relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida.
- Las variables del entorno laboral, como disfunciones de rol, estructura y clima organizacional.

Así, adoptando un enfoque transaccional, que permite recoger en un modelo el papel que las variables organizacionales, personales y las estrategias de afrontamiento juegan el proceso del estrés laboral, una explicación satisfactoria sobre la etiología del síndrome pasa por considerar la importancia de las variables cognitivas del “yo” relacionadas directamente con el desempeño laboral, el rol de algunas variables del entorno organizacional, como son las disfunciones del rol, el papel de los estresores derivados de las relaciones interpersonales y la importancia de las estrategias de afrontamiento. Desde estas consideraciones, los autores, elaboran un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del burnout. ⁽⁴⁵⁾

De este modo, refieren, que el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducirlo. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias de falta de salud y propensión al abandono. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Los planteamientos de Gil-Monte y Col. Son que los factores desencadenantes, entre los que se encuentran: el apoyo social en el trabajo, el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la autoconfianza, apoyados por los facilitadores del afrontamiento de evitación o centrado en la tarea, producen el síndrome de burnout integrado por las tres variables ya descritas, y que a su vez actuaría como mediador en el desarrollo de las variables consecuentes como falta de salud y propensión al abandono.

Chacón (1997), explica un modelo donde integra las variables causales y moduladoras, que influyen en la aparición de Burnout en el personal de Enfermería. En una primera presentación tenemos las condiciones o causantes que predisponen a un Burnout en una organización, en un segundo espacio o nivel se ofrecen las variables que se encargan de modular o mediar el síndrome y en el tercer nivel, se encuentra el Burnout en sus tres indicadores: cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal, ocasionando consecuencias en el individuo y en la organización. ⁽⁴⁶⁾

2.2.4. FACTORES DESENCADENANTES

El desarrollo del burnout puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras. Refiriéndonos a los desencadenantes podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales ⁽⁴⁸⁾:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relación trabajo-familia.

a. AMBIENTE FÍSICO Y CONTENIDO DEL PUESTO.

Por lo que respecta a los estresores englobados en la primera categoría, podemos incluir: nivel de ruido, vibraciones y características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, disponibilidad de espacio físico, etc.; además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, junto a las generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza. ⁽⁴⁹⁾

b. DESEMPEÑO DE ROLES, RELACIONES INTERPERSONALES Y DESARROLLO DE LA CARRERA.

Con relación a la segunda categoría de desencadenantes hemos de considerar que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el

grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que sobre el burnout tienen las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción. ⁽⁵⁰⁾

c. ESTRESORES RELACIONADOS CON LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y OTROS ASPECTOS ORGANIZACIONALES.

Considerando los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que estas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y consecuentemente presentará una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome de burnout. Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del burnout debemos considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido. ⁽⁴⁸⁾

d. FUENTES EXTRA ORGANIZACIONALES: RELACIÓN TRABAJO-FAMILIA

La relación trabajo-familia es otro factor a considerar en tanto que son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona, por lo que pueden aparecer influencias provenientes de cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. En este sentido, el propio profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos, etc. ⁽⁴⁹⁾

2.2.5. FACILITADORES.

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del burnout aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del burnout en una u otra dirección. ⁽⁴⁸⁾

a. Variables de carácter demográfico

Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión. ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

b. Variables de personalidad

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de burnout se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos. ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

c. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del burnout. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de burnout que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción. ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾

2.2.6. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud. En las consecuencias del estrés asociadas al burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización. ⁽⁴⁸⁾

a. Consecuencias para el individuo.

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En el primer caso hablaremos de manifestaciones de sentimientos y emociones, mientras que el segundo aspecto hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en el tercer aspecto. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. Las manifestaciones psicosomáticas las podemos agrupar en: ⁽⁴⁹⁾

- Algias. Como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca.
- Neurovegetativas. Como taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos.
- Fenómenos psicosomáticos tipificados. Como crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea.
- Otras manifestaciones: Catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio.

b. Consecuencias para la organización

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar: ⁽⁴⁹⁾

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.

En todo caso, existe una relación directa entre burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo.

Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el burnout, mediante el aprendizaje por modelado. ⁽⁴⁹⁾

2.2.7. ESTADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

a. Estrés inicial. Irritabilidad persistente; ansiedad persistente; períodos con alza de la presión arterial; insomnio, negligencia, taquicardia; extrasístoles; incapacidad para concentrarse; cefalea. ⁽⁵¹⁾

b. Conservar la energía. Lentitud en el trabajo; demoroso; necesidad de fin de semana con 3 días (o sólo 4 días hábiles); disminución del deseo sexual; persistente cansancio en las mañanas; atrasarse en el trabajo; alejarse socialmente de la familia y/o amigos; actitudes cínicas;

resentimiento; aumento del consumo de café, té y bebidas cola; aumento del consumo de alcohol; apatía. ⁽⁵¹⁾

c. Agotamiento. Depresión o tristeza crónica; problemas gástricos y/o intestinales crónicos; fatiga mental crónica; cefalea crónica; deseos de huir de la sociedad; deseos de alejarse de los amigos, trabajo y quizás también de la familia; ideación suicida. ⁽⁵¹⁾

2.2.8. DESEMPEÑO LABORAL

La evaluación del desempeño laboral constituye una técnica de dirección imprescindible en la actividad administrativa. Es un medio a través del cual es posible localizar problemas de integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa, de desacuerdos y de desaprovechamiento de retroalimentación para la mejora del trabajo. Por lo que es una herramienta para mejorar los resultados de los trabajadores de la empresa. Toda practica dentro de la organización se planea y se evalúa, quizás se realicen incluso a nivel casi inconsciente, pero al final ambas están ahí. ⁽⁴⁸⁾

El desempeño laboral se define como el cumplimiento en las actividades y funciones que tiene el individuo, en relación al puesto que ocupa en la organización. Las actividades y funciones laborales de los empleados, están fincadas en los análisis de puesto, realizadas por la organización con múltiples finalidades, entre los cuales destacan: establecer ámbitos de responsabilidad en la elaboración del trabajo, asignación de salarios y marcar tramos de control en la división de trabajo. ⁽⁴⁸⁾

La Evaluación del desempeño no puede reducirse al simple juicio superficial y unilateral del jefe con respecto al comportamiento funcional del subordinado, es necesario ir a un nivel de mayor profundidad ubicar causas y establecer perspectivas de común acuerdo con el evaluado. Si debe modificarse el desempeño, el mayor interesado es el evaluado, el cual debe no solo adquirir conocimiento del cambio planeado, si no también saber porque y como este deberá hacerse. Debe recibir la retroalimentación adecuada y reducir disonancias con respecto a su actuación en la organización. ⁽⁴⁸⁾

2.3. MARCO CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

2.3.1. Síndrome de Burnout.

La revisión de la literatura nos ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en español, si bien algunas de ellas presentan una gran similitud. Considerando ese grado de similitud las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos:

- Denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón burnout (v.g., síndrome del quemado).
- Denominaciones que toman como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología (v.g., desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional)
- Estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral (v.g. estrés laboral asistencial, estrés profesional). El número de denominaciones se puede ampliar a dieciocho al incluir, de manera no muy acertada la denominación a enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás (Gil-Monte, 1997, en revisión). De las denominaciones propuestas se recomienda utilizar el término A síndrome de quemarse por el trabajo para aludir en español al Burnout Síndrome, y un término similar en portugués. Esta denominación presenta la ventaja de que ayuda a la comprensión del fenómeno por diferentes razones, a saber. Brinda información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas, Informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología, Desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizar al trabajador, Se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial, Permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc. ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾

El concepto de "quemarse por el trabajo" ("Burnout") surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70. Fue conocido por primera vez por el psicólogo clínico de familia Herbert Freudenberger en 1974 quien lo definió como: "El Burnout es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos", o "cuando un miembro de la organización se vuelve inoperante", para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, etc.). A lo largo de estos años el síndrome de quemarse por el trabajo ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾

Para la investigadora Cristina Maslach (1982) "Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes".

Mientras que para José Francisco Figueroa el Burnout es una condición fisiológica, psicológica y conductual que presenta un profesional cuyo trabajo está orientado al servicio directo hacia otras personas. Las características son agotamiento emocional excesivo, la negación o aislamiento, y un desempeño laboral pobre; como resultado de un proceso largo, tedioso, excesivo y repetitivo ante las demandas de otros, de trabajo o de ambos. ^(1,48)

Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad. El trabajo como detonante fundamental del burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. ^(1,8,48)

Cherniss 1980, es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios

personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos ⁽⁸⁾:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión).
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Con esta conceptualización, el autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno. ⁽⁸⁾

Otros autores que aportan una definición de burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen "como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo". Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout. ⁽¹⁾

En esta misma época, Gillespie (1980) intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al Burnout según dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y Burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales. El autor abre, de esta forma, la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones del Burnout que, posteriormente, otros autores retomarían para intentar explicar la complejidad del síndrome. ⁽¹⁾

2.3.2. Desempeño laboral.

Se define como proceso sistemático de obtención de datos válidos y fiables, con el objetivo de comprobar y valorar el efecto educativo que produce en los individuos el despliegue de sus capacidades pedagógicas, su emocionalidad, responsabilidad laboral y la naturaleza de sus relaciones interpersonales con los demás. ⁽⁴⁸⁾

Por su parte, Santoyo (1988), considera que la evaluación es un proceso de conocimiento apoyado en un ejercicio de reflexión constante y sistemático que desemboca en un juicio de valor no hay evaluaciones acabadas por más científicas que sean, sólo son aproximaciones que intentan captar la totalidad de los fenómenos educativos. ⁽⁴⁸⁾

2.3.3. Agotamiento emocional: Constituye el elemento central del síndrome, caracterizándose por un creciente agotamiento en el trabajo “de no poder dar más de sí”. Es la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. ⁽⁴⁶⁾

2.3.4. Despersonalización: Es el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. ⁽⁴⁶⁾

2.3.5. Baja Realización personal: Son los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Por lo tanto Síndrome de Burnout, es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. ⁽⁴⁶⁾

2.3.6. Desempeño Laboral: son aquellas acciones o comportamientos observados relevantes para los objetivos de los individuos, y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución a la sociedad. ⁽⁴⁸⁾

CAPITULO III

DISEÑO Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis afirmativa

Existe relación entre las Dimensiones del Síndrome de Burnout y algunas características Biosociodemográficas, familiares, laborales en los trabajadores de salud de la Micro Red El tambo- Bambamarca, año 2015.

3.1.2. Hipótesis Nula

No Existe ninguna relación entre las Dimensiones del Síndrome de Burnout y características Biosociodemográficas, familiares, laborales en los trabajadores de salud de la Micro Red El tambo- Bambamarca, año 2015.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Variable Dependiente

Dimensiones del Síndrome de Burnout.

- **Agotamiento emocional:** disminución y pérdida de recursos emocionales. ⁽³⁾
- **Despersonalización:** desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se deben atender. ⁽⁴⁾
- **Baja realización personal:** tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, sentimientos de baja autoestima; trastorno que se estudió en los trabajadores de salud de la Micro Red El Tambo. ⁽⁵⁾

3.2.2. Variable independiente.

Características Biosociodemográficas, familiares, laborales de los trabajadores de salud de la Micro Red El Tambo.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS DE EVALUACION
Dimensiones de el Síndrome de Burnout	estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Baja realización Personal - Despersonalización - Agotamiento Emocional 	Se operacionaliza con las dimensiones del Síndrome de Burnout.	Alto Mediano Bajo	Escala de Maslach del 01 al 22. citado como anexo 1

<p>Agotamiento emocional</p>	<p>Constituye el elemento central del síndrome, caracterizándose por un creciente agotamiento en el trabajo “de no poder dar más de sí”. Es la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. ⁽⁴⁶⁾</p>		<p>Respuestas a la subescala de agotamiento Emocional de Maslach Burnout Inventory (MBI) Mostrando una consistencia interna y una fiabilidad en un rango mayor a 0.9.</p>	<p>agotamiento emocional consta de 9 ítems 0= nunca y una máxima de 6 hasta todos los días. Categorización - nivel bajo ≤18 - nivel medio 19-26 - nivel alto mayor a 27</p>	<p>Es medida por los siguientes ítems:1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20</p>
<p>despersonalización</p>	<p>Es el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. ⁽⁴⁶⁾</p>		<p>Respuestas a la subescala de despersonalización de Maslach Burnout Inventory (MBI) Mostrando una consistencia interna y una</p>	<p>agotamiento emocional consta de 8 ítems 0= nunca y una máxima de 6 hasta todos los días. Categorización - nivel bajo 48-37</p>	<p>Es medida por los siguientes ítems: 5, 10, 11, 15,22.</p>

Dimensiones Del Síndrome De Burnout y Características Biosociodemográficas, Familiares, laborales

			fiabilidad en un rango mayor a 0.9.	- nivel medio 36-31 - nivel alto < 30	
Baja Realización Personal	Son los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Por lo tanto, Síndrome de Burnout, es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento		Respuestas a la subescala de Baja Realización Personal de Maslach Burnout Inventory (MBI) Mostrando una consistencia interna y una fiabilidad en un rango mayor a 0.9.	agotamiento emocional consta de 5 ítems 0= nunca y una máxima de 6 hasta todos los días. Categorización - nivel bajo 0-8 - nivel medio 9-13 - nivel alto > 14	medida por los siguientes ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21.

Dimensiones Del Síndrome De Burnout y Características Biosociodemográficas, Familiares, laborales

	crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. ⁽⁴⁶⁾				
--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS EVALUACION
----------	-----------------------	-------------	------------------------	-------------	------------------

Características Biosocio demográficas, familiares y laborales:	Es un conjunto de características Biológicas, socioeconómicas, culturales, que están presentes en la población de estudio. ()	SEXO	condición biológica que otorga distinción entre hombre y mujer (52)	Masculino Femenino	ítem 1
		EDAD	tiempo de vida a partir del nacimiento en años cumplidos	- < 30 años - 30 a 40 años - 40 a 50 años - 50 60 años - > de 60 años	ítem 2
		ESTADO CIVIL	Situación civil del encuestado, al momento de realizar la encuesta	- Soltero - Casado - Conviviente - Divorciado	ítem 3
		CON QUIEN VIVE	Situación del encuestado con quien comparte un determinado espacio en la vida diaria	- Solo - Con esposa (O) e hijos - Compañeros de trabajo - Con padres	ítem 4
		NUMERO DE HIJOS	Situación del encuestado en relación a	- No tiene hijos - 1 hijo - 2 hijos	ítem 5

Dimensiones Del Síndrome De Burnout y Características Biosociodemográficas, Familiares, laborales

			la cantidad de hijos Biológicos a su cargo	<ul style="list-style-type: none"> - 3 hijos - 4 hijos a mas 	
		HORAS DE ESPARCIMIENTO SEMANAL	Número de horas del encuestado dedicadas a actividades de recreación y/o la persona considere como esparcimiento o diversión.	<ul style="list-style-type: none"> - < 5 horas - 5 a 10 horas - 10 15 horas - > 15 horas 	ítem 6
		SITUACIÓN LABORAL	modalidad de vínculo laboral con el empleador del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> - Nombrado - Contratado - Otros (Especificar). 	ítem 7
		AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	Periodo de años trascurrido desde que el encuestado empezó a laborar en el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - < de un año - 1 a 5 años - 5 a 10 años - > 10 años 	ítem 8
		HORAS DE TRABAJO	número de horas semanales que está estipulado en el contrato de trabajo del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> - 16 a 20 horas - 21 a 25 horas - 26 a 30 horas - 31 horas a mas 	ítem 9

		PROBLEMAS MÁS FRECUENTES PRESENTA	Un problema se puede definir como la contradicción desfavorable considerada por el individuo al momento de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Baja remuneración - Inseguridad en el trabajo - Conflictos con pareja o familia - Conflictos interpersonales o compañeros de trabajo. - Otros conflictos 	ítem 10
		ACTIVIDADES DE PROYECCIÓN SOCIAL	actividades de bienestar a hacia los demás con el fin común de hacer el bien al prójimo que realice el encuestado	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	ítem 11
		TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	Es un estudio acerca de un fenómeno o hecho, que puede ser físico o social. Las principales conclusiones se exponen de manera ordenada en un	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	ítem 12

Dimensiones Del Síndrome De Burnout y Características Biosociodemográficas, Familiares, laborales

			documento. El estudio se puede basar en documentos existentes y/o en encuestas y entrevistas		
--	--	--	--	--	--

3.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Tipo de estudio

El estudio es descriptivo correlacional, cuantitativo, analítico de corte transversal, prospectivo, porque la investigación permite describir, relacionar variables en un determinado tiempo entre las Dimensiones del Síndrome de Burnout y algunas características Biosociodemográficas, familiares, laborales en los trabajadores de salud de la Micro Red El Tambo- Bambamarca, año 2015.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

a. Población

La población está conformada por 27 trabajadores de salud de la Micro Red El Tambo.

N= 27 trabajadores de salud.

b. Muestra

Se trabajó con el 100% de trabajadores para evitar sesgos.

n= 27 trabajadores de salud.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Consta de 2 partes:

- a. El cuestionario semi estructurado, que se utilizó como instrumento para recolectar las características Biosociodemográficas, familiares, laborales del personal de salud de la Micro Red el Tambo, el mismo que consta de 11 ítems que fue elaborado por el autor, el cual se presenta como anexo.
- b. Se aplicará MBI (Maslach Burnout Inventory), creado por Maslach y Jackson en 1986, modificado por el autor y asesor, los que sirven para obtener información acerca de las dimensiones, niveles del Síndrome de burnout. Dicha escala consta de 22 ítems que permite determinar las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal.

La subescala e agotamiento emocional está conformada por 9 ítems que comprende las preguntas (1,2,3,6,8,13,14,16,20), que refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización está formado por los ítems (5,10,11,15,22), que describen una respuesta fría y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos o objetos de atención; por último la subescala de Realización Personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21), que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Validez: los instrumentos fueron validados por jueces expertos en el tema, lo que permitió realizar las modificaciones pertinentes con el fin de determinar el grado de comprensión de cada ítem.

Confiabilidad: los instrumentos fueron revisados mediante la modalidad de “opinión de expertos”, esta modalidad fue realizado por profesionales especialistas en temas de investigación (docentes de la UNC-2015), quienes hicieron las respectivas correcciones y sugerencias antes de ser aplicada a la población de estudio.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos tiene momentos dentro de la investigación, en primer lugar, la validación de los instrumentos, para luego enviar una solicitud dirigida a la gerencia de la Micro Red El Tambo para su respectiva autorización y definir una fecha para su aplicación, luego de ello se aplicó el instrumento a cada uno de los recursos humanos y fue archivado por el investigador para su respectivo procesamiento.

3.8. ÁREA DE ESTUDIO

La Micro Red El Tambo, es una institución prestadora de salud al público en general de su jurisdicción asegurada o no asegurada. Dicha micro Red de

Salud se encuentra a cargo de la Diresa Cajamarca, DISA Chota y Red de Salud de Hualgayoc – Bambamarca. Se encuentra ubicada al Noreste de la Ciudad de Cajamarca, a 2300 msnm, Provincia de Hualgayoc, Distrito de Bambamarca, con una población aproximada de 20000 habitantes, distribuida en cuatro establecimientos (P.S Miraflores, P.S El Alumbre, P.S La Colpa Llaucan, P.S El Enterador).

3.9. UNIDAD DE ANÁLISIS

Conformada por cada uno de los trabajadores de salud de la Micro Red el Tambo, año 2015.

3.10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

Son todos los trabajadores de las diferentes modalidades de contrato y tipo de profesión, no podrán participar personal administrativo y de servicio, excepto el investigador.

3.11. PROCESAMIENTO, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

En primer lugar, se realizó la consistencia manual de los instrumentos. El procesamiento de datos se realizó de forma computarizada. Una vez recopilado los datos se ingresaron a una hoja de cálculo, Microsoft Excel, para su respectivo procesamiento en un Software Estadístico SPSS. 22.

Para el análisis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado y se consideró un p valor <0.05 para considerar diferencias significativas y aceptar la hipótesis alternativa.

3.12. PRESENTACION DE RESULTADOS

Una vez procesada los datos su presentación fueron en gráficos y tablas estadísticas, con cálculos estadísticos respectivos, con su respectiva interpretación y enumeración.

3.13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Principio de no maleficencia: esta investigación no revistió riesgo alguno para las personas que participaron, ya que la información obtenida fue solo para fines de estudio sin atentar su integridad física ni moral de los trabajadores.

Principio de beneficencia: los resultados de esta investigación beneficiaran principalmente a los trabajadores en salud, y a las autoridades, ya que a través del conocimiento de esta realidad puedan tomar conciencia acerca de los causantes de las dimensiones del Síndrome de burnout, y tomar acciones en la mejora de la calidad de vida.

Principio de autonomía: los instrumentos utilizados para la recolección de datos se aplicaron sin ninguna exigencia, los trabajadores de salud tomaron libremente sus decisiones y aceptaron participar voluntariamente en esta investigación.

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE
RESULTADOS.

TABLA 1. Características Biosociales del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015.

Característica	N	Total
		%
Sexo		
Masculino	14	(51.9)
Femenino	13	(48.1)
Edad		
< 30	13	(48.1)
31 – 40	10	(37.1)
41 – 50	04	(14.8)
Estado Civil		
Soltero	17	(63.0)
Casado (a)	05	(18.5)
Conviviente	04	(18.5)

Fuente: Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.

En la Tabla 1 se aprecia que del 100 % trabajadores de salud el 51.9 % son de sexo masculino, y un 48.1 % son de sexo Femenino, el cual nos demuestra que el sexo que prevalece es el masculino con una diferencia de 3.8 %; con relación a la edad un 48.1% son menores de 30 años, un 37.1 % fluctúan sus edades entre 31 a 40 años, un 14.8% su edad promedio es de 41 a 50 años, el cual nos refleja que la mayor parte de personal de la Micro Red De Salud el tambo es menor de 30 años relativamente adultos jóvenes; en cuanto al estado civil un 63 % es soltero (a), un 18.5 % es Casado (a) y un 18.5% es conviviente, la prevalencia del personal estudiado es soltero. En relación a las investigaciones de otros autores hay coincidencia en relación al sexo, grupo etario y estado civil lo que nos ilustra que hay relación en dichos estudios para hacer la comparación en el cruce de variables. ⁽¹⁹⁻²²⁾

TABLA 2. Características demográficas y familiares del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015.

Característica	Total	
	N	(%)
Con quien vive		
Solo	12	(44.4)
Esposa (o) e hijos	11	(40.7)
Padres	04	(14.9)
Número de hijos		
No tiene	17	(55.6)
Un hijo	07	(25.9)
Dos hijos	05	(18.5)
Horas de esparcimiento semanal		
< 5	12	(44.4)
5 - 10	13	(48.2)
11 - 15	01	(3.7)
> 15	01	(3.7)

Fuente: Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.

En la tabla número 2 se aprecia las Características familiares de la población estudiada, en primer lugar con quien vive o comparte su vivienda, un 44 % refiere que vive solo (a), un 40.7 % vive con su esposo (a) e hijos, y un 14.9 % viven con sus padres, el porcentaje de prevalencia son aquellos (as) que viven solos; con relación al número de hijos un 55.6 % no tiene hijos, un 25.9 % tiene un hijo y un 18.5% tiene 2 hijos, prevaleciendo la población que no tiene hijos; en cuanto a las horas de esparcimiento semanal un 44.4% tiene menor de 5 horas de esparcimiento a la semana, un 48.2 % tienen entre 5-10 horas de esparcimiento a la semana, un 3.7 % tiene mayor de 11 horas de esparcimiento a la semana. De la misma manera hay coincidencia con los porcentajes de otras investigaciones de otros autores ⁽¹⁹⁻²²⁾.

TABLA 3. Características laborales del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015.

Característica	N	Total
		%
Situación laboral		
Nombrado	04	(14.8)
Contratado	21	(77.8)
Otros (terceros)	02	(7.4)
Experiencia profesional (años)		
< 1	01	(3.7)
1 - 5	16	(59.3)
6 – 10	05	(18.5)
> 10	05	(18.5)
Horas semanales de trabajo en la Red		
21 – 25	01	(3.7)
26 – 30	02	(7.4)
> 30	24	(88.9)
Problemas más frecuentes		
Baja remuneración	10	(37.0)
Inseguridad en el trabajo	10	(37.0)
Conflictos con la pareja o familia	01	(3.7)
Conflictos interpersonales o compañeros en el trabajo	01	(3.7)
Otros conflictos	01	(3.7)
Ninguno	04	(14.9)
Realiza proyección social		
Si	11	(40.7)
No	16	(59.3)
Realiza trabajos de investigación		
Si	08	(29.6)
No	19	(70.4)

Fuente: Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.

La tabla 3 nos ilustra las características laborales del personal de salud de la Micro red de salud el Tambo, el cual está conformado de la siguiente manera: en relación a la situación laboral un 14.8% es personal nombrado, un 77.8% es

personal contratado, un 7.4% están en la modalidad de terceros, teniendo una prevalencia de nuestra población estudiada su situación laboral es contratado; en relación a la experiencia profesional un 3.7% tiene una experiencia menor de una año, un 59.3 % tiene una experiencia que oscila entre 1 a 5 años, un 18.5% cuenta con una experiencia de 6 a 10 años por ultimo un 18.5% tiene una experiencia mayor de 10 años; en cuanto a las horas de trabajo en la Micro red de salud los datos nos ilustran de la siguiente manera un 3.7% sus horas de trabajo es de 21 a 25 horas semanales, un 7.4% trabaja de 26 a 30 horas y un 88.9 % trabajan más de 30 horas semanales; por otro lado en cuanto a los problemas más frecuentes de la población estudiada hay una igualdad entre baja remuneración y inseguridad en el trabajo 10% (10 cada uno), un 3.7 % refiere que tiene conflictos con su pareja o familia el mismo porcentaje refiere que tiene conflictos interpersonales o con los compañeros de trabajo y otros conflictos nos especificados y un 14.9% no tiene ningún conflicto, en relación a que si realizan algún trabajo de proyección social refieren que un 40.7% si realiza algún trabajo de proyección social entre las que manifiestan es chocolatadas navideñas y un 59.3% no realiza ningún trabajo de proyección social; en relación a la variable de si realizan o no trabajos de investigación un 29.6% si realiza un trabajo de investigación y un 70.4% no realiza ninguna trabajo de investigación. Si relacionamos con la investigación de Quuaas C (2006) de Chile los resultados tienen coincidencia por ejemplo entre los principales problemas encontrados son las relaciones interpersonales, baja remuneración, inseguridad en el trabajo, por otro lado, en relación al tiempo de servicio en la investigación señalada el promedio es de 17 años de experiencia, en comparación con nuestra investigación que el promedio de años trabajados es de 1 a 6 años.

TABLA 4. Dimensiones del Síndrome de Burnout del personal de salud de la Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015.

Dimensiones	Total	
	N	%
Agotamiento emocional		
Bajo	23	(85.2)
Moderado	02	(7.4)
Alto	02	(7.4)
Despersonalización		
Bajo	23	(85.2)
Moderada	02	(7.4)
Alta	02	(7.4)
Realización personal		
Bajo	18	(66.7)
Moderada	05	(18.5)
Alta	04	(14.8)

Fuente: Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.

En la tabla 4 nos ilustra las dimensiones del Síndrome de Burnout, en primer lugar, la variable de Agotamiento Emocional, un 85.2% nos indica que tiene un nivel bajo de agotamiento emocional un 7.4% un nivel moderado, y un 7.4% un nivel alto.

En el caso de la variable de despersonalización encontramos los mismos porcentajes que el la variable de Agotamiento emocional. Por otro lado, en la variable de Realización Personal un 66.7 % de la población estudiada tiene un nivel bajo, un 18.5% tiene un nivel moderado y un 14.8 % un nivel alto.

Si comparamos con la investigación de Guarneros (2007) donde se estudió a personal de enfermería en el primer nivel de atención en el sector privado se encontró niveles altos y moderados de las dimensiones del síndrome de Burnout, a los datos encontrados por nuestra investigación los niveles de Burnout se encuentran bajo y moderado, solamente la realización personal podemos encontrar un nivel de realización personal alta.

TABLA 5. Características Biosociales y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características Biosociales	Agotamiento Emocional						Total	
	bajo		Moderado		alto		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo (a)								
masculino	13	(56.5)	--	----	01	(50.0)	14	(51.9)
Femenino	10	(43.5)	02	(100.0)	01	(50.0)	13	(48.1)
Edad (b)								
< 30	10	(4.3)	02	(100.0)	01	(50.0)	13	(48.1)
31 – 40	09	(39.1)	--	---	01	(50.0)	10	(37.0)
41 – 50	04	(56.6)	--	---	--	---	04	(14.9)
Estado Civil (c)								
Soltero	13	(56.4)	02	(100.0)	02	(100.0)	17	(63.0)
Casada (o)	05	(21.8)	--		--		05	(18.5)
Conviviente	05	(21.8)	--		--		05	(18.5)
(a) $\chi^2 = 2.358$		p = 0.308		p > 0.05				
(b) $\chi^2 = 2.777$		p = 0.596		P > 0.05				
(c) $\chi^2 = 2.762$		p = 0.598		P > 0.05				

Fuente: Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.

En la tabla 5 se relaciona la significancia de las variables de características Biosociales y la dimensión del Síndrome de Burnout de Agotamiento emocional. En relación al sexo tenemos un valor de $\chi^2 = 2.358$, $p = 0.308$ dando un valor de $p > 0.05$, el cual significa que no existe significancia entre ellas; si analizamos los niveles en el sexo masculino un 56.5% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, un 0% de nivel moderado y un 50 % tienen un nivel alto haciendo un total de 51.9% del total de población estudiada; en el caso de la población de sexo femenino un 43.5% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, un 100 % moderado y un 50 % de agotamiento emocional severo haciendo

un total de 48.1 (13) % del total. En relación a la edad tenemos un valor de $\chi^2 = 2.777$, $p = 0.596$ dando un valor de $p = 0.05$ el cual nos indica que no existe una relación significativa entre variables, en la población menor de 30 años un 4.3 % tiene un nivel de agotamiento emocional Bajo, un 100% tiene un nivel moderado, un 50 % un nivel alto, haciendo un total de 48.1% de la población total; dentro de las edades de 31 a 40 años de la muestra un 39.1% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, no existe un nivel moderado en este grupo atareo pero si un 50 % tiene un nivel alto de agotamiento emocional, haciendo un total de este grupo etario de 37.0 %; en el caso de 41 a 50 años un 56.6% tienen un nivel de agotamiento emocional bajo, haciendo un total de 14.9% de la población total. Cuando buscamos la significancia entre el estado civil y la dimensión de agotamiento emocional encontramos que $\chi^2 = 2.762$, $p = 0.598$ dando un valor de $P > 0.05$ lo que significa que la variable no es significativa, si analizamos en el caso de los solteros un 56.4% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo el 100 % tienen un nivel moderado y alto haciendo un total de 63% de la población total; en las personas de estado civil casado (a) y conviviente un 21.8% tienen un nivel de agotamiento emocional leve en esta muestra no existe niveles de moderado a severo haciendo un 18.5 % de la población total.

En comparación con la investigación de Franca F. y Ferrari R. en el 2012 en la ciudad de Argentina que estudio a profesionales de enfermería en el Hospital de Medio Portea, en el cruce de variables encontraron niveles altos y moderados del Síndrome de Burnout con características Biológicas, en la investigación nuestra encontramos niveles bajos no significativos.

TABLA 6. Características Demográficas-Familiares y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características demográficas-familiares	Agotamiento Emocional							
	bajo		moderado		alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Con quien vive ^(a)								
Solo	08	(61.5)	02	(100.0)	02	(100.0)	12	(44.4)
Esposa (o) e hijos	1	(7.7)	--	---	--	---	11	(40.7)
Padres	04	(30.8)	--	---	--	---	04	(14.9)
Número de hijos ^(b)								
No tiene	12	(52.2)	02	(100.0)	01	(50.0)	15	(55.6)
Un hijo	06	(26.1)	--		01	(50.0)	07	(25.9)
Dos hijos	05	(21.7)	--		--		05	(18.5)
Horas de esparcimiento semanal ^(c)								
< 5	09	(39.1))	02	(100.0)	01	(50.0)	12	(44.4)
5 – 10	13	(56.5)	--		--		13	(48.1)
11 – 15	--	---	--		01	(50.0)	01	(3.8)
> 15	01	(7.7)	--		--		01	(3.7)

(a) $\chi^2 = 5.870$ $p = 0.209$ $p > 0.05$

(b) $\chi^2 = 2.605$ $p = 0.626$ $P > 0.05$

(c) $\chi^2 = 16.484$ $p = 0.011$ $p < 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 6 tratamos de buscar significancias los cuales en una variable si existe, significancia alguna, para hacer el cruce tenemos que tener en cuenta la tabla 2 y la tabla 4 para entender mejor el primer y segundo porcentaje. En primer lugar, analizaremos la relación entre las características demográficas-familiares con la dimensión de Agotamiento emocional. En la variable “con quien vive” no existe relación significativa por lo siguiente $\chi^2 = 5.870$, $p = 0.209$ dando un valor de $p > 0.05$, analizando los datos si el personal “Vive solo” un 61.5% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, un 100 % tienen un nivel de agotamiento emocional moderado a alto respectivamente haciendo un 44.4 % del total; dentro de los que viven con esposa (o) e hijos un 7.7% tiene un nivel

de agotamiento emocional bajo, no existe en esta categoría nivel moderado y alto haciendo un total de 40.7% del total; dentro de los que viven con padres un 30.8% (4) tienen un nivel de agotamiento emocional bajo, no existiendo en esta categoría nivel moderado y medio haciendo un 14.9 % del total.

En la relación con la cantidad de Hijos y niveles de agotamiento emocional No existe una relación significativa con la variable porque $x^2 = 2.605$, $p = 0.626$ dando un valor de $P > 0.05$, analizaremos lo siguiente en la clasificación de no tiene hijos que representa un 55.6% del total, un 52.2 % tiene un nivel de agotamiento emocional bajo un 100% tiene un nivel de agotamiento emocional moderado, un 50%, representa un nivel alto; de la muestra que tiene un solo hijo que representa un 25.9%, un 26.1% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, no existe un nivel moderado y un 50 % tiene un nivel alto; en el caso de la categoría de “dos hijos” que representa un 18.5 % del total, un 21.7 % tienen un nivel bajo de agotamiento emocional.

En la relación de “horas de esparcimiento semanal” y agotamiento emocional **SI** existe una relación significativa porque $x^2 = 16.484$, $p = 0.011$ dando un valor de $p < 0.05$, dentro de los que tienen “< de 5 horas de esparcimiento semanal” que representa un 44.4% del total relacionado con los datos encontrados en la variable de agotamiento emocional un 39.1%, representa un nivel bajo un 100% tienen un nivel de agotamiento moderado y un 50% tiene un nivel alto; de la categoría 5-10 “horas de esparcimiento semanal” que representa un 48.1 del total relacionado con los valores de agotamiento emocional un 56.5% tienen un nivel bajo, no tenemos en esta categoría nivel moderado y alto, en la categoría de 11-15 horas de esparcimiento semanal tenemos solo en el nivel alto con un 50% (1), esto representa un 3.8% del total de población estudiada; por ultimo en el caso de la muestra responde que tiene más de 15 horas de esparcimiento semanal solo 7.7% (1) tiene un nivel bajo de agotamiento emocional que representa un 3.7 del total de población estudiada.

Con relación a la investigación de CUEVAS (España 2002), los niveles de agotamiento emocional son relativamente bajos (6.75%), a los encontrados por nuestra investigación, que relacionándolo con características Demográficas los niveles encontrados son relativamente altos.

TABLA 7. Características Laborales y Agotamiento Emocional del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características laborales	Agotamiento Emocional							
	bajo		moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación laboral ^(a)								
Nombrado	04	(17.4)	--	----	--	()	04	(14.9)
Contratado	18	(78.3)	02	(100.0	01	(50.0	21	(77.8)
Otros	01	(4.3)	--	---	01	(50.0	02	(7.3)
Experiencia profesional ^(b)								
< 1 año	01	(4.3)	--	---	--		01	(3.7)
1 – 5 años	12	(52.3)	02	(100.0	02	(100)	16	(59.3)
6 – 10 años	05	(21.7)	--	---	--		05	(18.5)
> 10 años	05	(21.7)	--	---	--		05	(18.5)
Horas semanales en el trabajo ^(c)								
21 – 25	01	(4.3)	--	---	--	--	01	(3.7)
26 – 30	02	(8.6)	--	---	--	--	02	(7.3)
> 30	20	(87.1)	02	(100.0	02	(100)	24	(89.0)
Problemas más frecuentes ^(d)								
Baja remuneración	08	(34.8)	01	(50.0)	01	(50.0	10	(37.0)
Inseguridad en el trabajo	08	(34.8)	01	(50.0)	01	(50.0	10	(37.0)
Conflictos con la pareja o familia	01	(4.3)	--	---	--		01	(3.7)
Conflictos interpersonales o compañeros de trabajo	01	(4.3)	--	---	--		01	(3.7)
Otros conflictos	01	(4.3)	--	---	--		01	(3.7)

Ninguno	04	(17.5)	--	---	--		04	(14.9)
Realiza Proyección Social ^(e)								
Si	09	(39.1)	01	(50.0)	01	(50.0	11	(40.7)
)		
No	14	(60.9)	01	(50.0)	01	(50.0	16	(59.3)
)		
Realiza Trabajos de Investigación ^(f)								
Si	05	(21.7)	02	(100)	01	(50.0	08	(29.6)
)		
No	18	(78.3)	--		01	(50.0	19	(70.4)
)		

(a) $x^2 = 6.359$ $p = 0.174$ $p > 0.05$

(b) $x^2 = 3.228$ $p = 0.780$ $P > 0.05$

(c) $x^2 = 0.587$ $p = 0.965$ $P > 0.05$

(d) $x^2 = 1.643$ $p = 0.998$ $P > 0.05$

(e) $x^2 = 0.167$ $p = 0.920$ $P > 0.05$

(f) $x^2 = 5.835$ $p = 0.054$ $P > 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 7 nos representa la relación entre las características laborales y la variable de agotamiento emocional, con valores estadísticamente significativas, para entender mejor hay que tener en cuenta la tabla N° 3 y 4 para relacionar los porcentajes presentados. Para analizar la situación laboral nombrado con agotamiento emocional decimos que no existe una relación significativa porque $x^2 = 6.359$, $p = 0.174$ dando un valor de $p > 0.05$. se analiza que un 17.4% tiene un nivel bajo, no existe alguno con moderado a alto; en el caso de los contratados un 78.3% tiene un nivel bajo un 100% un nivel moderado y un 50 % un nivel alto haciendo un 77.8% del total de la población estudiada; en el caso de “otras” modalidades de trabajo un 4.3% tiene un nivel bajo, no existe datos en el nivel moderado, pero sí un 50 % de esta modalidad tiene un nivel alto de agotamiento emocional.

Si analizamos la “experiencia profesional” en años con la variable de agotamiento emocional decimos que NO existe significancia porque $x^2 = 3.228$, $p = 0.780$ dando un valor final de $P > 0.05$, los resultados se detallan a continuación en el caso del personal que tiene experiencia menor de un año un 4.3 % tiene un nivel bajo de agotamiento emocional, los que tienen experiencia de 1-5 años un 52.3% tiene un nivel de agotamiento emocional bajo, un 100%

(2) nivel moderado de igual porcentaje un nivel severo haciendo un 59.3% 16 del total de población estudiada; en el personal que tiene de 6 a 10 y mayor de 10 años de experiencia un 21.7% tienen un nivel de agotamiento emocional bajo en este grupo no existe niveles de moderado a severo.

En la relación de “horas de trabajo semanales” decimos que No existe una relación significativa con la variable de agotamiento emocional ya que $\chi^2 = 0.587$, $p = 0.965$ dando el valor final de $P > 0.05$, el cual se detalla a continuación un 4.3 % tiene un nivel bajo de agotamiento emocional los que trabajan de 21-25 horas, los que trabajan de 26-30 horas semanales un 8.6% igual manera tiene un nivel bajo de agotamiento emocional; los profesionales que trabajan mayor de 30 horas un 87.1 % tienen un nivel bajo de agotamiento emocional y un 100 % tiene un nivel moderado de igual cantidad y porcentaje tienen un nivel alto de agotamiento emocional.

En la relación de “Problemas más frecuentes” con agotamiento emocional podremos decir que No existe una relación significativa porque $\chi^2 = 1.643$, $p = 0.998$ dando un valor final de $p > 0.05$, como se detalla de la población que respondió que su principal problema es la baja remuneración un 34.8% tienen un nivel bajo de agotamiento emocional, un 50 % tienen un nivel moderado a lato respectivamente, los mismos porcentajes y cantidades representa los que respondieron que su principal problema es la inseguridad en el trabajo, por otro lado un 4.3% tienen un nivel bajo de agotamiento emocional relacionado con los conflictos con la familia o pareja, conflictos interpersonales y otros conflictos, y los que respondieron que no tienen ningún problema frecuente un 17.5% tienen un nivel de agotamiento emocional bajo.

Al relacionar “Proyección social” con agotamiento emocional decimos que No existe una relación significativa porque $\chi^2 = 0.167$, $p = 0.920$ dando un valor final de $p > 0.05$, en este caso de los que si realizan alguna actividad de proyección social un 39.1% tiene un nivel bajo de agotamiento emocional y un 50% tienen un nivel moderado a alto respectivamente, en el caso de los que no realizan ningún trabajo de proyección social un 60.9 % tienen un nivel bajo, igual manera un 50 % tiene un nivel moderado a alto haciendo un 59.3 % del total de la muestra.

Para relacionar si realizan o no trabajos de investigación con agotamiento emocional podremos decir no hay relación significativa porque $\chi^2 = 5.835$, $p = 0.054$ dando un valor final > 0.05 .

Si relacionamos con la investigación de Ibáñez y Vilaregut (2004), en las características laborales la mayoría desea cambiar de horario de trabajo es decir esa característica lo genera estrés, en nuestro caso solo los que no realizan trabajos de investigación podrían tener relación significativa con la dimensión de agotamiento Emocional.

TABLA 8. Características Biosociales y Despersonalización del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características Biosociales	Despersonalización							
	bajo		Moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo (a)								
masculino	12	(52.4)	01	(50.0)	01	(50.0)	14	(51.9)
Femenino	11	(47.6)	01	(50.0)	01	(50.0)	13	(48.1)
Edad (b)								
< 30	11	(43.4)	02	(100)	--		13	(48.1)
31 – 40	08	(39.1)	--		2	(100.)	10	(37.0)
41 – 50	04	(17.5)	--		--		04	(14.9)
Estado Civil (c)								
Soltero	13	(57.1)	02	(100)	02	(100.)	17	(63.0)
Casada (o)	05	(21.45)	--	---	--	---	05	(18.5)
Conviviente	05	(21.45)			--	---	05	(18.5)

(a) $\chi^2 = 0.678$

$p = 0.712 P > 0.05$

(b) $\chi^2 = 8.664$

$p = 0.070 P > 0.05$

(c) $\chi^2 = 3.116$

$p = 0.539 P > 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 8 se busca identificar la significancia entre características Biosociales y la variable de despersonalización el cual existe valores significativos estadísticamente, hay que tener referencia a las tablas 1 y 4 para entender el primer y porcentaje total en primer lugar relacionaremos el “sexo” con la “despersonalización” el cual decimos que No existe un relación significativa porque $\chi^2 = 0.678$, $p = 0.712$ dando un valor final de $p > 0.05$, en el sexo masculino se detalla que un 52.4% tienen un nivel bajo de despersonalización, un 50 % tienen un nivel moderado y un 50 % tiene un nivel alto, haciendo un total de 51.9% de la muestra total; en el caso del sexo femenino un 47.6 % tiene un nivel bajo de despersonalización, un 50 % tienen un nivel

moderado y un 50 % tienen un nivel alto, haciendo una suma total de la muestra de un 48.1% de la población total estudiada.

En relación a la edad con despersonalización podemos decir que no existe una relación significativa estadísticamente porque el valor de “p” se acerca a 0.05, $x^2 = 8.664$, $p = 0.070$ dando un valor final de $p > 0.05$ en este caso la muestra que es menor de 30 años un 43.4% tiene un nivel bajo de despersonalización, un 100 % tienen un nivel moderado, ninguno de la muestra tiene un nivel alto; el personal de 31 a 40 años un 39.1% tienen un nivel bajo de despersonalización, y un 100% tienen un nivel alto, en el caso de las personas de 41 a 50 años un 17.5 % tienen un valor bajo de despersonalización, en este grupo etario no existe un valor moderado y alto.

En la relación de estado civil con despersonalización podemos decir que No existe una relación significativa entre variables ya que $x^2 = 3.116$, $p = 0.539$ dando un valor final de $p > 0.05$, en el estado civil “soltero” un 57.1% tiene un nivel de despersonalización bajo y un 100% tienen un nivel moderado y severo respectivamente haciendo un 63.0% de la población total estudiada, en el estado civil “casado” un 21.45% tiene un nivel bajo de despersonalización, de igual manera en el estado civil conviviente.

En nuestra investigación encontramos que podría existir una relación significativa entre la edad con la variable de despersonalización, si comparamos con la investigación de Quaas C. (2006) igualmente no encuentran valores altos de despersonalización a pesar de que sus años de experiencia superan los 15 años.

TABLA 9. Características Demográficas-Familiares y Despersonalización del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características Demográficas-Familiares	Despersonalización							
	bajo		Moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Con quien vive ^(a)								
Solo	09	(39.1)	01	(50.0)	02	(100.0)	12	(44.4)
Esposa (o) e hijos	10	(43.5)	01	(50.0)	--	---	11	(40.7)
Padres	04	(17.4)			--	---	04	(14.9)
Número de hijos ^(b)								
No tiene	11	(47.8)	02	(66.7)	02	(100.0)	15	(55.6)
Un hijo	07	(30.4)			--	---	07	(25.9)
Dos hijos	05	(21.7)	--	---	--	---	05	(18.5)
Horas de esparcimiento semanal ^(c)								
< 5	09	(39.1)	02	(100.0)	01	(50.0)	12	(44.4)
5 – 10	13	(56.6)	--		--	---	13	(48.2)
11 – 15	--		--		01	(50.0)	01	(3.7)
> 15	01	(4.3)	--		--	---	01	(3.7)

(a) $\chi^2 = 5.006$

$p = 0.287$ $p > 0.05$

(b) $\chi^2 = 3.698$

$p = 0.448$ $P > 0.05$

(c) $\chi^2 = 11.077$

$p = 0.086$ $P > 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 9 nos ilustra la relación de las características demográficas y familiares y la variable de despersonalización, en busca de significancia, hay que tener en cuenta para entender el primer porcentaje y porcentaje total las tablas 2 y 4 para analizar “con quien vive” y despersonalización NO existe relación significativa ya que $\chi^2 = 5.006$, $p = 0.287$ dando un valor total de $p > 0.05$, en el caso de los que respondieron que viven “solos” un 39.1 % tienen un nivel de despersonalización bajo, un 50% un nivel moderado, y un 100% un nivel alto haciendo un 44.4 % de la población total; en el caso de los que respondieron que

viven con esposo (a) e hijos un 43.5% tiene un nivel bajo de despersonalización, un 50 % tiene un nivel moderado en esta categoría no existe un nivel alto; en el caso de los que viven con sus padres un 17.4% tienen de igual manera un nivel bajo de despersonalización.

En la variable “número de hijos” con despersonalización podemos decir que no existe una relación significativa porque $\chi^2 = 3.698$, $p = 0.448$ dando un valor final de $p > 0.05$, en el caso de los que respondieron que no tiene hijos un 47.8% tiene un nivel bajo de despersonalización, un 100% tienen un nivel moderado, e mismo porcentaje un nivel alto de despersonalización, los que respondieron que tienen “un hijo” un 30.4 % tienen un nivel bajo, en esta categoría no existe nivel moderado y alto, en el caso que respondieron dos hijos un 21,7% de igual manera tienen un nivel bajo de despersonalización.

En la relación de “horas de esparcimiento semanal” con despersonalización podremos decir que hay tendencia a existir cierta relación significativa al nivel de 95 % como se detalla que $\chi^2 = 11.077$, $p = 0.086$ dando un valor final de $P > 0.05$, si analizamos las respuestas, los que tienen menor de 5 horas de esparcimiento semanal un 39.1%, tiene un nivel bajo de despersonalización, un 100 tienen un nivel moderado, un 50 % tiene un nivel alto de despersonalización, haciendo un total de 44.4% del total; en el caso de los que respondieron que tienen de 5 a 10 horas de esparcimiento respondieron que 56.6% tienen un nivel bajo de despersonalización; en el caso de los que tienen de 11 a 15 horas de esparcimiento un 50 % tienen un nivel alto de despersonalización; los que respondieron mayor de 15 horas un 4.3 % tienen un nivel bajo de despersonalización.

Si comparamos con la investigación de Guarneros M. (2007) México, ellos no encontraron la variable de despersonalización en el primer nivel de atención; a comparación de nuestra investigación si relacionamos con horas de esparcimiento semanal, podría existir una relación significativa estadística, se necesitaría más muestra para definir si es válido para nuestra investigación.

TABLA 10. Características Laborales y Despersonalización del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características laborales	Despersonalización							
	bajo		Moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación laboral ^(a)								
Nombrado	04	(17.4)	--	---	--	---	04	(14.9)
Contratado	18	(78.3)	02	(100.0)	01	(50.0)	21	(77.8)
Otros	01	(4.3)	--	---	01	(50.0)	02	(7.3)
Experiencia profesional ^(b)								
< 1 año	01	(4.3)	--	---	--	---	01	(3.7)
1 – 5 años	13	(56.5)	02	(100.0)	01	(50.0)	16	(59.3)
6 – 10 años	04	(17.4)	--	---	01	(50.0)	05	(18.5)
> 10 años	05	(21.7)	--	---	--	---	05	(18.5)
Horas semanales en el trabajo ^(c)								
21 – 25	--	---	--	---	01	(50.0)	01	(3.7)
26 – 30	01	(4.3)	01	(50.0)	--	---	02	(7.3)
> 30	22	(95.7)	01	(50.0)	01	(50.0)	24	(88.9)
Problemas más frecuentes ^(d)								
Baja remuneración	09	(39.1)	--	---	01	(50.0)	10	(37.0)
Inseguridad en el trabajo	08	(34.8)	01	(50.0)	01	(50.0)	10	(37.0)
Conflictos con la pareja o familia	01	(4.3)	--	---	--	---	01	(3.7)
Conflictos interpersonales o compañeros de trabajo	01	(4.3)	--	---	--	---	01	(3.7)
Otros conflictos	01	(4.3)	--	---	--	---	01	(3.7)
Ninguno	03	(13.0)	01	(50.0)	--	---	04	(14.9)
Realiza Proyección Social ^(e)								
Si	09	(39.1)	01	(50.0)	01	(50.0)	11	(40.7)
No	14	(60.9)	01	(50.0)	01	(50.0)	16	(59.3)

Realiza Trabajos de Investigación ^(f)

Si	06	(26.1)	01	(50.0)	01	(50.0)	08	(29.6)
No	17	(73.9)	01	(50.0)	01	(50.0)	19	(70.4)
(a)	$x^2 = 5.265$		$p = 0.261 P > 0.05$					
(b)	$x^2 = 3.664$		$p = 0.722 P > 0.05$					
(c)	$x^2 = 11.571$		$p = 0.021 P < 0.05$					
(d)	$x^2 = 5.143$		$p = 0.881 P > 0.05$					
(e)	$x^2 = 0.175$		$p = 0.916 P > 0.05$					
(f)	$x^2 = 0.051$		$p = 0.975 P > 0.05$					

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 10 buscamos la significancia de las características laborales y la variable de despersonalización, encontrando valores importantes de significancia que se detallan a continuación. Para entender los porcentajes hay que tener en cuenta las tablas 3 y 4. Primero analizaremos la relación entre situación laboral y despersonalización podemos decir que No existe relación significativa porque $x^2 = 5.265$, $p = 0.261$ dando un valor final de $p > 0.05$, en el caso del personal nombrado un 17.4% tienen un nivel bajo de despersonalización, en la modalidad contratado un 78.3% (18) tiene un nivel bajo de despersonalización un 100% tienen un nivel moderado, un 50 % un nivel alto de despersonalización, en el caso del personal que esta por otras modalidades de contrato (terceros) un 4.3% tienen un nivel bajo y un 50 % tienen un nivel alto.

En la relación de en la relación de experiencia profesional con despersonalización decimos que No existe relación significativa porque $x^2 = 3.664$, $p = 0.722$ dando un valor final de $p > 0.05$, en el personal que trabaja menor de un año un 4.3% (1) tiene un nivel bajo de despersonalización, en el personal que trabaja de 1-5 años un 56.5% tiene un nivel bajo, un 100% moderada despersonalización 50% alta despersonalización, en el personal que tiene de 6-10 años un 17.4% tienen un nivel bajo, un 50 % tiene un nivel alto, en el personal que trabaja más de 10 años un 21.7% tienen un nivel bajo de despersonalización.

En la relación de horas semanales de trabajo con despersonalización Si existe una relación significativa porque **$x^2 = 11.571$, $p = 0.021$ dando un valor final de $P < 0.05$, en este caso** los que trabajan de 21 a 25 horas un 50% tiene un nivel alto de despersonalización, los que trabajan de 26 a 30 horas un 4.3 % tiene un nivel bajo, un 50 % (1) un nivel moderado, los que trabajan más de 30

horas un 95.7% tiene un nivel bajo, un 50 % tienen un nivel moderado y severo de despersonalización.

En la relación de problemas más frecuentes con despersonalización podemos decir que NO existe una relación significativa porque $\chi^2 = 5.143$, $p = 0.881$ dando un valor final de $p > 0.05$, en este caso los que consideran como problema frecuente baja remuneración un 39.1% tienen un nivel bajo de despersonalización, un 50% tienen un nivel alto, en los que priorizaron inseguridad en el trabajo un 34.8 % tienen un nivel bajo, un 50 % tienen un nivel moderado y severo respectivamente; en los que priorizaron conflictos con pareja o familia un 4.3 % tiene un nivel bajo de despersonalización, en el problema conflictos interpersonales compañeros de trabajo un 4.3 % tienen baja despersonalización , otros conflictos 4.3% (1) tienen un nivel bajo, no existe niveles moderados a severos; los que no tienen ningún problema un 13% tienen un nivel bajo, y un 50 % un nivel moderado.

En la relación si realiza o no trabajos de proyección social con despersonalización, NO existe una relación significativa porque $\chi^2 = 0.175$, $p = 0.916$, dando un valor final de $p > 0.05$, en los que respondieron que Si realizan trabajos de proyección social un 39.1% tienen un nivel bajo de despersonalización un 50 % tienen un nivel alto y moderado; en los que NO realizan proyección social un 60.9% tienen un nivel bajo de despersonalización un 50% tiene un nivel moderado y alta respectivamente.

En la relación si realizan trabajo de investigación con despersonalización, podemos decir que NO existe una relación significativa porque $\chi^2 = 0.051$, $p = 0.975$, dando un valor final de $p > 0.05$, en los que respondieron que Si realizan trabajos de investigación un 26.1% tienen un nivel bajo de despersonalización, un 50% tienen un nivel moderada y alta respectivamente, dentro de los que No realizan trabajos de investigación un 73.9% tienen un nivel bajo y un 50 % tienen un nivel moderado y alto respectivamente.

Si comparamos la investigación de Quiroz, R y Mendez, S (1999) realizada en el cusco, con nuestra variable que se encontró significancia (horas de trabajo semanal) ellos no lo consideran como un problema principal el número de horas de trabajo a pesar de que laboran horas extras en consultorios privados, con relación a nuestros datos si es de significancia las horas trabajadas por lo que existe significancia con la variable de despersonalización.

TABLA 11. Características Biosociales y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características Biosociales	Realización Personal							
	Bajo		moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo (a)								
masculino	09	(50.0)	03	(60.0)	02	(50.0)	14	(51.9)
Femenino	09	(50.0)	02	(40.0)	02	(50.0)	13	(48.1)
Edad (b)								
< 30	08	(44.4)	05	(100.0)	--	---	13	(48.1)
31 – 40	06	(33.3)	--	---	04	(100.0)	10	(37.0)
41 – 50	04	(22.2)	--	---	--	---	04	(14.9)
Estado Civil (c)								
Soltero	09	(50.0)	04	(80.0)	04	(100.0)	17	(63.0)
Casada (o)	05	(27.8)	--	--	--	---	05	(18.5)
Conviviente	04	(22.2)	01	(20.0)	--	---	05	(18.5)

(a) $\chi^2 = 0.678$

$p = 0.712$

$p > 0.05$

(b) $\chi^2 = 8.664$

$p = 0.070$

$P > 0.05$

(c) $\chi^2 = 3.116$

$p = 0.539$

$P > 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 11 se busca la relación significativa entre características Biosociales y la variable de realización personal del Síndrome de Burnout en este caso tenemos que tener en cuenta la tabla N° 1 con la tabla 4 para entender los porcentajes. Primero relacionaremos el sexo masculino el cual No existe una relación significativa porque $\chi^2 = 0.678$, $p = 0.070$ dando un valor final de $p > 0.05$, de ello Un 50 % tienen un nivel bajo de realización personal un 60 % moderado, un 50 % un nivel alto, en el caso el sexo femenino un 50% tienen un bajo realización personal, un 40 % un nivel moderado un 50 % tienen un nivel alto de realización personal.

En la relación de edad y realización personal podríamos decir que podría existir alguna relación significativa porque el valor de p se acerca al 95 % de

confiabilidad estadística ya que $\chi^2 = 8.664$, $\chi^2 = 8.664$ dando un valor final de $p > 0.05$, en este caso los que son menores de 30 años un 44.4% tienen un nivel bajo de realización personal, un 100 % tienen un nivel moderado, en las personas que tienen entre 31 a 40 años un 33.3% tiene un nivel bajo de realización personal, un 100 % (4) tienen un nivel alto de realización personal, en las personas de 41 a 50 años un 22.2 % tienen un nivel bajo de realización personal en esta modalidad no existe niveles moderados a altos.

En la relación de estado civil, con realización personal podemos decir que NO existe relación significativa porque $\chi^2 = 3.116$, $p = 0.539$, dando un valor final de $P > 0.05$. En este caso las personas solteras (os) un 50 % tienen baja realización personal, un 80% tienen un nivel moderada, un 100 % tienen una alta realización personal, en el caso de las personas casadas (os) un 27.8% tienen un nivel bajo de realización personal, en el caso de conviviente un 22.2 % tienen un nivel bajo de realización personal, un 20 % tienen un nivel moderado.

Si comparamos el estudio de Palomino, G Y Llap (2005) llegaron a la conclusión, que se amplió la muestra, pero nosotros hemos encontrado un dato muy importante a más edad menos probabilidad de realización personal es decir la población más joven está más interesada en realizar algún estudio de posgrado.

TABLA 12. Características Demográficas-Familiares y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características Demográficas-Familiares	Realización Personal							
	Bajo		moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Con quien vive ^(a)								
Solo	06	(33.3)	02	(40.0)	04	(100.0)	12	(44.4)
Esposa (o) e hijos	09	(50.0)	02	(40.0)	--	---	11	(40.7)
Padres	03	(16.7)	01	(20.0)	--	---	04	(14.9)
Número de hijos ^(b)								
No tiene	08	(44.4)	03	(60.0)	04	(100.0)	15	(55.6)
Un hijo	05	(27.8)	02	(40.0)	--	---	07	(25.9)
Dos hijos	05	(27.8)	--	---	--	---	05	(18.5)
Horas de esparcimiento semanal ^(c)								
< 5	04	(22.2)	05	(100.0)	03	(80.0)	12	(44.4)
5 – 10	13	(72.2)	--	---	--	---	13	(48.2)
11 – 15	--	---	--	---	01	(20.0)	01	(3.7)
> 15	01	(5.6)	--	---	--	---	01	(3.7)

(a) $\chi^2 = 5.006$ $p = 0.287$ $P > 0.05$

(b) $\chi^2 = 3.698$ $p = 0.448$ $P > 0.05$

(c) $\chi^2 = 11.077$ $p = 0.086$ $P > 0.05$

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 12 relacionaremos las características demográficas con realización personal en busca de valores significativos, para entender tenemos que considerar las tablas 2 y 4. En primer lugar relacionaremos “con quien vive” y realización personal decimos que NO existe relación significativa porque $\chi^2 = 5.006$, $p = 0.287$ dando un valor final de $p > 0.05$, en este caso las personas estudiadas que viven solos un 33.3% tienen un nivel bajo de realización personal, un 40% moderada realización personal, un 100 % tienen un nivel alta realización personal; los que viven con esposa e hijos un 50 % tienen un nivel bajo un 40

% un nivel moderado; en el caso de los que viven con sus padres un 16.7% tienen una baja realización personal, un 20% un nivel moderado.

En la relación de número de hijos y realización personal podemos decir que NO existe una relación significativa porque $\chi^2 = 3.698$, $p = 0.448$, dando un valor final de $P > 0.05$, en el caso de los que no tienen hijos un 44.4% tienen baja realización personal, un 60 % tienen un nivel moderado, un 100% un alta realización personal; en la población estudiada que tienen un hijo un 27.8% tienen una baja realización personal, un 40 % tienen un nivel moderado, y los que tienen 2 hijos un 27.8% tienen un nivel bajo de realización personal.

En la relación de horas de esparcimiento semanal y realización personal podremos decir que podría existir una significancia estadística porque el valor de p se acerca a un 95 % de confiabilidad si $\chi^2 = 11.077$, $p = 0.086$ el valor final de $P > 0.05$, en este caso los que tienen menor de 5 horas de esparcimiento un 22.2 % tienen una baja realización personal, un 100% una moderada realización personal un 80 % tienen un alta realización personal, en el personal que tiene de 5-10 horas de esparcimiento un 72.2% tienen baja realización personal; en los que tienen de 11 a 15 hora un 20 % tiene una alta realización personal, en el caso de los que tienen mayor de 15 horas de esparcimiento un 5:6% tienen un nivel bajo de realización personal.

De igual manera vamos a relacionar con la investigación de Rojas J. y Llanos I. (2008) en Cajamarca, los cuales encuentran relación significativa en diferentes variables con niveles altos y moderados del Síndrome de Burnout, nosotros solo encontramos relación en las variables de horas de trabajo con realización personal, el cual se concluye a más horas de esparcimiento, más realización personal a menos horas aparecen las dimensiones del síndrome de Burnout.

TABLA 13. Características Laborales y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo - Bambamarca, 2015.

Características laborales	Realización Personal							
	bajo		moderado		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación laboral ^(a)								
Nombrado	03	(16.7)	--	----	01	(25.0)	04	(14.9)
Contratado	14	(77.8)	05	(100.0)	02	(50.0)	21	(77.8)
Otros	01	(5.6)	--	---	01	(25.0)	02	(7.3)
Experiencia profesional ^(b)								
< 1 año	01	(5.6)	--	---	--	---	01	(3.7)
1 – 5 años	09	(50.0)	05	(100.0)	02	(50.0)	16	(59.3)
6 – 10 años	03	(16.7)	--	---	02	(50.0)	05	(18.5)
> 10 años	05	(27.8)	--	---	--	---	05	(18.5)
Horas semanales en el trabajo ^(c)								
21 – 25	--	---	--	---	01	(20.0)	01	(3.7)
26 – 30	01	(5.6)	01	(20.0)	--		02	(7.4)
> 30	17	(94.4)	04	(80.0)	03	(80.0)	24	(88.9)
Problemas más frecuentes ^(d)								
Baja remuneración	08	(44.4)	--	--	02	(50.0)	10	(37.0)
Inseguridad en el trabajo	04	(22.2)	04	(80.0)	02	(50.0)	10	(37.0)
Conflictos con la pareja o familia	01	(5.6)	--	---	--	---	01	(3.7)
Conflictos interpersonales o compañeros de trabajo	01	(5.6)	--	---	--	---	01	(3.7)
Otros conflictos	01	(5.6)	--	---	--	---	01	(3.7)
Ninguno	03	(16.7)	01	(20.0)	--	---	04	(14.9)
Realiza Proyección Social ^(e)								
Si	07	(38.9)	02	(40.0)	02	(50.0)	11	(40.7)
No	11	(61.1)	03	(60.0)	02	(50.0)	16	(59.3)

Realiza Trabajos de Investigación (f)

Si	04	(22.2)	02	(40.0)	02	(50.0)	08	(29.6)
No	14	(77.8)	03	(60.0)	02	(50.0)	19	(70.4)
(a) $x^2 = 5.265$		p = 0.261 P > 0.05						
(b) $x^2 = 3.664$		p = 0.722 P > 0.05						
(c) $x^2 = 11.571$		p = 0.021 P < 0.05						
(d) $x^2 = 5.143$		p = 0.881 P > 0.05						
(e) $x^2 = 0.175$		p = 0.916 P > 0.05						
(f) $x^2 = 0.051$		p = 0.975 P > 0.05						

Fuente: **Resultados de Cuestionario Elaborado por el investigador.**

En la tabla 13 buscamos la significancia de las características laborales y la realización personal en busca de valores significativos importantes. Como referencia para entender hay que tener en cuenta las tablas 3 y 4.

Primero buscamos la relación significativa de situación laboral (nombrado) el cual podemos decir que NO existe una relación significativa porque $x^2 = 5.265$, $p = 0.261$ dando un valor final de $p > 0.05$, de esta población un 16.7% tienen una baja realización personal, un 25% tienen un nivel alto de realización; en el caso del personal contratado un 77.8% tienen baja realización personal un 100% tienen moderada realización personal un 50 % tienen alta realización personal, en el caso de otros (terceros) un 5.6% tienen baja realización personal un 25% tienen alta realización personal.

En el caso de la experiencia profesional y realización personal podemos decir que No existe relación significativa ya que $x^2 = 3.664$, $p = 0.722$ dando un valor final de $p > 0.05$, de ellos los que tienen menor de un año de experiencia profesional un 5.6% tienen un nivel bajo de realización personal; en el caso de los que tienen de 1-5 años de experiencia tienen un 50% tienen baja realización personal un 100 % tienen moderada realización personal, un 50 % tienen alta realización personal; en el caso de los que tienen de 6 a 10 años un 16.7% tiene baja realización personal un 50 % tienen una alta realización personal ; los que tienen más de 10 años un 27.8% tienen una baja realización personal.

En el caso de la relación horas semanales de trabajo y realización personal SI existe una relación significativa porque $x^2 = 11.571$, $p = 0.021$ dando un valor final de $p < 0.05$, en este caso los que trabajan de 21-25 horas un 20% tiene alta realización personal, los que trabajan de 26 a 30 horas un 5.6% tienen baja realización personal, un 20 % tienen moderada realización persona, los que

trabajan más de 30 horas un 94.4% tiene baja realización personal un 80% tienen moderada, y un 80 % tienen alta realización personal.

En el caso de problemas más frecuentes y realización personal podemos decir que NO existe una relación significativa porque $\chi^2 = 5.143$, $p = 0.881$ dando un valor final de $P > 0.05$, en este caso los que consideran su problema más frecuente la baja remuneración un 44.4% tienen baja realización personal, un 50 % tienen alta realización personal, los priorizan inseguridad en el trabajo un 22.2 % tienen baja realización personal un 80% tienen moderada realización personal un 50 % tienen alta realización personal, los que priorizan conflictos con la familia pareja un 5.6% tienen baja realización personal; los que tienen conflictos interpersonales o compañeros de trabajo un 5.6% tienen una baja realización personal; en el caso de los que tienen otros conflictos no especificados un 5.6% tiene baja realización personal; de los que no tienen ningún conflicto un 16.7% tienen baja realización personal, un 20 % tienen moderada realización personal.

En la relación de los que realizan proyección social y realización personal No existe una relación significativa $\chi^2 = 0.175$, $p = 0.916$ dando un valor final de $P > 0.05$, en este caso los que refiere que sí realizan trabajos de proyección social un 38.9% tienen baja realización personal, un 40 % tienen moderada realización personal, un 50 % tienen alta realización personal; en el caso de los que no realizan trabajos de proyección social un 61.1% tienen baja realización personal, un 60 % tienen moderada realización personal y un 50 % tienen alta realización personal.

En el caso de las personas que realizan trabajos de investigación y realización personal, no existe relación significativa porque $\chi^2 = 0.051$, $p = 0.975$, dando un valor final de $P > 0.05$, en este caso de los refieren que sí realizan trabajos de investigación un 22.2% tienen un nivel bajo de realización personal, un 40 % tienen un nivel moderado y un 50 % tienen un nivel alto de realización personal, de los que no realizan trabajo de investigación un 77.8% tienen un nivel bajo de realización personal, un 60% tienen un nivel moderado y un 50 % tienen un nivel alto de realización personal.

Al igual que la relación de las anteriores variables, concluimos que si existe relación entre las horas de trabajo y la realización personal y podemos decir que la población estudiada tiene la escala de bajo y moderado los niveles de Burnout a comparación de un estudio de Chavez N. 2014, realizado en Chota

concluye que existe niveles moderados y altos de Burnout en el personal de enfermería.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. En referencia a las características Biosociales del personal de la Micro red de salud el Tambo, se observó que la mayoría son de sexo Masculino, con una edad menor de 30 años, y de estado civil soltero.
2. En relación a las características demográficas y familiares de nuestra población estudiada, en su mayoría viven solos, no tienen hijos, y tienen un promedio de 5 a 10 horas de esparcimiento semanal.
3. Dentro de las características laborales concluimos que, prevalece la condición laboral contratado, con una experiencia promedio en su trabajo de 1 a 5 años, los cuales trabajan su mayoría más de 30 horas semanales, sus problemas más frecuentes son baja remuneración económica e inseguridad en el trabajo, de los cuales también en su mayoría no realiza trabajos de proyección social y trabajos de investigación.
4. En la variable de dimensiones del Síndrome de Burnout, tienen un nivel bajo de agotamiento emocional y despersonalización, en el caso de realización personal tenemos niveles altos y bajos considerables, los niveles moderados y altos, para la muestra que es pequeña se consideraría relativamente alto. De 27 personas estudiadas 2 tienen niveles moderados y altos de agotamiento emocional y despersonalización.
5. En el caso de la relación de Características Biosociales y Agotamiento Emocional, no existe relación significativa de dichas variables en ninguna de sus tres características.
6. En la relación de Características Demográficas-Familiares y Agotamiento Emocional, en el ítem de horas de esparcimiento semanal SI existe una relación significativa lo que significa que en esta variable se cumple la hipótesis afirmativa.
7. En la relación de Características Laborales y Agotamiento Emocional del personal de salud podemos decir que no existe relación significativa de dichas variables.

8. Concluimos que, en la relación de Características Biosociales y Despersonalización del personal de salud, en los ítems sexo y edad NO existen una relación Significativa.
9. Concluimos que en la relación de Características Demográficas-Familiares y Despersonalización del personal de salud, en la relación con quien vive y número de hijos No existe una relación significativa.
10. En la relación de Características Laborales y Despersonalización del personal de salud, concluimos que de horas semanales de trabajo **SI** existe relación significativa entre ellas en la cual se comprueba la hipótesis afirmativa.
11. En la relación de Características Biosociales y Realización Personal del personal de salud concluimos que en los ítems sexo y estado civil NO existe relación significativa en el caso de edad con realización personal.
12. En la relación Características Demográficas-Familiares y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo concluimos que no existen diferencias significativas entre sus variables.
13. En la relación de Características Laborales y Realización Personal del personal de salud de la Micro Red El Tambo concluimos en el ítem de horas de trabajo semanales SI existe una relación significativa, comprobando la hipótesis afirmativa.
14. De acuerdo a las hipótesis planteadas se concluye que si existe relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y las características del personal de salud de la Micro Red de el Tambo, ya que en la relación de los cuadros por lo menos una característica tiene relación significativa.

RECOMENDACIONES

- Al MINSA fortalecer actividades de Clima Organizacional, con todo el personal de los establecimientos de salud de salud, para poder mejorar las relaciones interpersonales, desempeño de roles y autoestima.
- A las unidades ejecutoras del ámbito de la DIRESA Cajamarca, fortalecer las modalidades de contrato, remuneración, horas de trabajo y estabilidad laboral y así evitar, problemas Psicológicos que tenga como consecuencias el usuario teniendo cuidados de baja calidad y calidez y escaso fundamento científico.
- A los gerentes de las Redes y Micro Redes, propiciar actividades de esparcimiento y confraternidad, para poder mejorar las relaciones interpersonales.
- A los Recursos Humanos de la DISAS y DIREASAS, contratar personal capacitado (Psicólogos), que se encarguen no solo de los pacientes, también de la salud mental de los trabajadores.
- A los Recursos Humanos de los diferentes establecimientos de salud, diseñar horarios que no entren en conflictos, con sus actividades personales y familiares, al mismo tiempo evitar la sobrecarga laboral.
- A los profesionales de enfermería seguir propiciando actividades de liderazgo como gerencias, jefaturas, direcciones, al mismo nivel de los otros profesionales para poder garantizar que se cumplan con nuestros derechos, y no nos condicionen a actividades estresantes.
- A todos los profesionales de la salud, preocuparse no solo por la salud Biológica sino también por su salud mental, ya que cada persona es única y autónoma de tomar sus propias decisiones y estilos de vida.
- A los futuros investigadores se recomienda aumentar la cantidad de la población y así poder evitar errores de confiabilidad estadística.
- También recomendamos que las investigaciones se clasifiquen por grupos profesionales, no solo en el ámbito hospitalario también hay que relacionar entre diferentes Micro Redes Y Redes para poder identificar en que ámbito se presentan problemas Psicológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.

1. Vera R. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. Revista de Actualizaciones en enfermería. 04 N° 01. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-41/enfermeria4101-sindrome/>
2. Robbins, Stephen, P., & Coulter, M. Administración. Un empresario Competitivo. México: Pearson Educación, México. 2013
3. Preciado M, Aldrete M, Oramas A, Santes M. Agotamiento emocional en el trabajo en profesionistas y operadoras de maquina en la industria. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2008. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst03208.pdf
4. Kichic R. Síntomas de despersonalización en los trastornos de ansiedad y en participantes de la comunidad. Universidad de Palermo Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Tesis Doctoral. Buenos Aires, Argentina 2014. Disponible en: http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1715/Kichic_RAfael_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Gonzalez C. Comprobación de la estructura trifactorial del inventario general maslach para burnout y de la escala holandesa para compromiso laboral. Universidad de Sonora .División de Ingeniería. Mexico. 2009 <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21156/Capitulo2.pdf>
6. Gutierrez G, Celis M, Jimenez S, Farias F, Suarez J. Síndrome de burnout. Arch Neurocién. Mexico 2006. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
7. Forbes R. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Cegesti. Éxito Empresarial. N° 160. 2011. Disponible en: http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
8. Ortega M. Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del hospital nacional Arzobispo Loayza. Tesis para Optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima – Perú. 2015

9. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Arch Arg Pediatr. 2007; 105 (3): 236-240.
10. Salanova M, Llorens S. Estudio actual y retos futuros en el estudio del Burnot. Papeles del Psicólogo. 2008, 29(1): 59-67.
11. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press. 1986.
12. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Med Int Mex. 2012, 28(6): 579-584.
13. Miranda G. Modulo Introducción a la Salud Ocupacional. Junio 2012. Disponible: <https://es.scribd.com/document/96425091/Modulo-Introduccion-a-La-Salud-Ocupacional-Dr-Gustavo-Miranda-Bayona>
14. Aldrete Rodríguez M.G., Navarro Meza G., González Baltazar R., Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. SCIELO:Ciencia Trabajo vol.17 no.52.Santiago abril 2015 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000100007&script=sci_arttext&tIng=en
15. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia 2010 Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>.
16. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012
17. Consejo Nacional De Salud y Comité Nacional De Salud Mental. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL. Perú, julio del 2005
18. Aranda Beltrán M. Psicología y Salud: Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Catálogo de revista: Universidad Veracruzana. Vol 14, No 1.México 2004.Disponible: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/868/1595>
19. Juárez-García A., Álvaro J. Idrovo, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Scielo: Salud Ment vol.37 no.2 México mar./abr. 2014. Disponible:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000200010&script=sci_arttext&tIng=en
20. Zaquinaula Camacho, Jenny Margott. FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA. Repositorio Digital Universidad Weiner. 2017. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/647>
21. Martínez García. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. Vol. LIII, Num. 1 (2009). Disponible: <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/revista-de-medicina/article/view/9147/8070>
22. Juan P. Martínez, Inmaculada Méndez, Esther Secanilla, Ana Benavente y Julia García Sevilla. Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, Vol. 4, Nº 1, España 2014. Disponible: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-BurnoutEnCuidadoresProfesionalesYCalidadDeVidaEnRe-4932299.pdf>
23. Cristina De Francisco, Enrique J. Garcés de Los Fayos. LA MEDIDA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN DEPORTISTAS: UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL. Revista Iberoamericana de Psicología Del Ejercicio Y El Deporte Vol. 10 nº 2 pp. 173-178. España y Portugal 2015. Disponible: <http://www.redalyc.org/html/3111/3111137747001/>
24. Julieta Greif. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA: SU RELACIÓN CON VARIABLES PERSONALES Y ORGANIZACIONALES. ResearchGate. January 2013. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/267609428_EL_SINDROME_DE_E_BURNOUT_EN_ENFERMERIA_SU_RELACION_CON_VARIABLES_PERSONALES_Y_ORGANIZACIONALES
25. Correa-Correa, Zamanda and Muñoz-Zambrano. El síndrome del burnout en docentes de dos universidades del municipio de popayán. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 11, núm. 4. Colombia 2009. Disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.co/15884/>

26. D. Navarro-González. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. SEMERGEN - Medicina de Familia. Volume 41. May–June 2015. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314001270>
27. O del Rio Moro, Pereagua García, B, Vidal Gómez. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. : Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, ISSN-e 1575-4146, Nº. 29, 2003, págs. 24-29 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331304>
28. Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Elsevier. Vol. 32. Núm. 6. España. Octubre 2003 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-sobre-prevalencia-del-burnout-13052712>
29. Avila J, Gomez L, Montiel M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. Universidad del Sinu Elias Bechara Zainum. Colombia 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648004.pdf>
30. Vasquez J, Maruy A, Verme E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista de Neuro-Psiquiatria. Lima, Perú. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000300005&script=sci_arttext
31. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de ESSALUD del Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Cusco. 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm
32. Gomero R, Palomino J, Ruiz F. I Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. Revista Médica Herediana. Lima Perú. 2005.

- Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2005000400002&script=sci_arttext&lng=en
33. Bobbio L, Ramos W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional. Revista Peruana de Epidemiología. Lima – Perú. 2010, Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2031/203119666007/>
34. Medina R. Características personales y condiciones de trabajo asociados al síndrome de burnout en los médicos asistenciales de ESSALUD de la ciudad de Cajamarca. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Perú. 2016. Disponible en: <http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/TP/article/view/335>
35. Miranda J, Gálvez N. Clima organizacional y síndrome de burnout en trabajadores de una red de servicios de salud en. Revista Científica. Universidad Señor de Sipán. Cajamarca – Perú. 2016. Disponible: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/400>
36. Chavez S, Marin R. Factores predisponentes del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Regional de Cajamarca. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca – Perú. 2015. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/232>
37. Guerrero E, Vásquez D. Síndrome de Burnout y condiciones laborales, en personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Universidad Nacional de Cajamarca. Chota – Perú. 2013. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/199>
38. Revilla V, Síndrome de burnout y su relación con las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería de la micro red Pachacutec. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca 2014. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/285>
39. Sernaqué R. Nivel del síndrome de Burnout en el profesional de enfermería de la red de salud Chota. Universidad Nacional de Cajamarca, Chota. 2014. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/296>
40. Abran Maslow, Libro La Psicología Transpersonal, Cap 14, Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/14.pdf>
41. Olaya C. Síndrome de burnout o síndrome de agotamiento profesional (SAP) en el trabajo de los docentes distritales de la localidad de USME.

- Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Educación y Humanidades. Maestría En Educación Bogota- Colombia. 2015. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/6691/1/SINDROME%20ODE%20BURNOUT%20O%20SINDROME%20DE%20AGOTAMIENTO%20PROFESIONAL%20EN%20DOCENTES%20DISTRITALES.pdf>
42. Ramírez L. Tratamiento del Acoso Psicológico, el estrés y el burnout como accidentes del trabajo. Mundo Jurídico. Cuba. 2003. Disponible en: http://bibliotecadegenero.redsemilac-cuba.net/sites/default/files/17_MJ_RGL_TDA.pdf
43. Mansilla F. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Capítulo 4. Psicología Online. Valencia España. 2012. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
44. Olivares V, Mena L, Macía F, Jelvez C. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales Chilenos. Universitas Psychologica. Bogotá Colombia. 2014. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/2919/6836>
45. Gil- Monte P, Marucco M. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en médicos. Medicina y sociedad. Revista Trimestral. España. 2006. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/263043222_Sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_burnout_en_medicos/links/004635399de80de84f000000/Sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-burnout-en-medicos.pdf
46. Ayala E, Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf
47. Canton J. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia. Editorial Editex 1era edición. 2014 Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=eSmRAwAAQBAJ&pg=PA164&lp g=PA164&dq>.

48. Piña C. Síndrome de Burnout y el desempeño laboral del personal de enfermería de una clínica Psiquiátrica. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería. Tesis de Maestría en Administración de la atención de enfermería. Mexico. 2005. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3062/4/MAE1SBD00501.pdf>
49. Collantes Y. Nivel de Burnout de los enfermeros, y sus mecanismos de afrontamiento, en el Hospital Regional de Huacho. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2009. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4203/1/Collantes_Vilchez_Yulissa_Novali_2009.pdf
50. Floridas I. “Factores Laborales y sociodemográficos relacionados con el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de las áreas asistenciales del hospital II – 2 MINSA. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto - Perú. 2013. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2275/TP_ENF_00054_2013.pdf?sequence=1
51. Godoy M. Síndrome de Burnout. Boletín N° 09. Revista Chilena de Pediatría. Chile. 2002. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000300017
52. Diccionario de la real academia disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
53. Definición ABC disponible en: <https://www.definicionabc.com/negocios/experiencia-profesional.php>.
54. Clotilde Nogareda Cuixart Silvia Nogareda Cuixart Montserrat Solórzano Fàbrega Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Barcelona Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Encuestas%20de%20condiciones%20de%20trabajo/Encuestas%20especificas/Jornada%20y%20Horarios%20de%20Trabajo.pdf>
55. Universidad de investigación y desarrollo disponible en: <http://www.udl.edu.co/proyeccion-social-y-extension>

56. Plantea saber disponible en:
http://www.planetasaber.com/schoolhelp/talleres.asp?InkPage=plantilla_investigacion.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERISTICAS, BIOSOCIODEMOGRAFICAS, FAMILIARES Y LABORALES DEL TRABAJADOR DE SALUD DE LA MICRO RED EL TAMBO-BAMBAMARCA, 2015.

CODIGO DE LA ENCUESTA----- N° DE ENCUESTA-----

DATOS GENERALES:

1. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino
2. Edad
 - a. < 30 años
 - b. 30 a 40 años
 - c. 40 a 50 años
 - d. 50 a 60 años
 - e. > 60 años
3. Estado civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Conviviente
 - d. Divorciado
4. Con quien vive.
 - a. Solo
 - b. Con esposa (O) e hijos
 - c. Compañeros de trabajo
 - d. Con padres
5. Número de hijos:
 - a. No tiene hijos
 - b. 1 hijo
 - c. 2 hijos
 - d. 3 hijos

- e. 4 a mas
- 6.** Horas de esparcimiento semanal:
 - a. < 5 horas
 - b. 5 a 10 horas
 - c. 10 15 horas
 - d. 15 horas
- 7.** Situación laboral:
 - a. Nombrado
 - b. Contratado
 - c. Otros. Especificar _____
- 3.** Años de experiencia profesional.
 - a. < de un año
 - b. 1 a 5 años
 - c. 5 a 10 años
 - d. > 10 años
- 8.** Horas semanales de trabajo en la Micro Red El Tambo
 - a. 16 a 20 horas
 - b. 21 a 25 horas
 - c. 26 a 30 horas
 - d. 31 horas a mas
- 9.** Que problemas más frecuentes presenta:
 - a. Baja remuneración
 - b. Inseguridad en el trabajo
 - c. Conflicto con pareja o familia
 - d. Conflicto interpersonales o compañeros de trabajo.
 - e. Otros conflictos. Especificar _____
- 10.** En los últimos 3 años Ud. ha realizado algunas actividades de Proyección social?
 - a. si
 - b. no

Si su respuesta es sí especificar _____
- 11.** ¿En los últimos 3 años ha realizado Trabajos de Investigación?
 - a. Si
 - b. No

Si su respuesta es sí especificar _____

“DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS, FAMILIARES, LABORALES EN EL PERSONAL DE SALUD, MICRO RED EL TAMBO – BAMBAMARCA, 2015”

Código: N°

LA ESCALA DE MASLACH

Estimado trabajador: La presente escala, tiene por objetivo determinar la presencia de Síndrome de Burnout y características Biosociodemográficas, familiares, laborales de los trabajadores de salud de la Micro Red el Tambo-Bambamarca. Por lo que solicito su colaboración respondiendo de manera objetiva y veraz, ello contribuirá a encontrar datos y problemas y buscar las posibles soluciones. Tiene la característica de ser anónima, y con su respectivo consentimiento, los resultados obtenidos serán utilizados solo para fines pedagógicos o de investigación.

q N °	DIMENSIONES	CALIFICACION		
		0	1	2
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 ir a trabajar.			
4	Comprendo fácilmente como se sienten los alumnos			
5	Trato a algunos alumnos como si fueran objetos impersonales			
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo			
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes			
8	Me siento "quemado" por mi trabajo (agotado por mi trabajo)			
9	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.			
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.			
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.			
12	Me siento muy activo.			
13	Me siento frustrado en mi trabajo			
14	Creo que estoy trabajando demasiado			
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.			
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.			
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.			

Dimensiones Del Síndrome De Burnout y Características Biosociodemográficas, Familiares, laborales

18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.			
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.			
20	Me siento acabado			
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma			
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.			
	TOTAL			

.0= CASI NUNCA; 1 = FRECUENTEMENTE; 2= CASI SIEMPRE

ANEXO N° 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

Dimensiones Del Síndrome De Burnout Y Su Relación Con Características Biosociodemográficas, Familiares, Laborales, En El Personal De Salud De La Micro Red El Tambo – Bambamarca, 2015.

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	TOTAL	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.80	0.60	0.80	2.20	0.73
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.76	0.60	0.75	2.11	0.70
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.70	0.70	0.76	2.16	0.72
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica en el instrumento	0.81	0.60	0.71	2.12	0.71
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las	0.79	0.60	0.76	2.15	0.72

	variables de investigación					
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.72	0.70	0.81	2.23	0.74
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.78	0.60	0.79	2.17	0.72
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.77	0.60	0.77	2.14	0.71
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.80	0.70	0.78	2.28	0.76
TOTAL		0.77	0.63	0.77		6.52
		Es válido si $P \geq$				
		0.60		P =		0.72

Código	Jueces
A	Dra. Humbelina Chiquilín Herrera
B	Dr. Orlando Cruzado Franco
C	