

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIONES LABORALES, EN
PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE SALUD DEL
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS DE CHOTA. MARZO – JULIO
2013”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

AUTORES:

Bach. Enf. EUCEBIO GUERRERO MENOR

Bach. Enf. DIANA MARISOL VÁSQUEZ CACHO

ASESORA:

Dra. MARGARITA CERNA BARBA

Cajamarca – Perú

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIONES LABORALES, EN
PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DE SALUD DEL
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS DE CHOTA. MARZO – JULIO
2013”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

AUTORES:

Bach. Enf. EUCEBIO GUERRERO MENOR

Bach. Enf. DIANA MARISOL VÁSQUEZ CACHO

ASESORA:

Dra. MARGARITA CERNA BARBA

CAJAMARCA – PERÚ

2013

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIONES
LABORALES, EN PERSONAL PROFESIONAL Y NO
PROFESIONAL DE SALUD DEL HOSPITAL JOSÉ
SOTO CADENILLAS DE CHOTA. MARZO – JULIO
2013”**

DEDICATORIA

A nuestros padres, por su apoyo incondicional, y comprensión en todo momento.

Por su lucha constante día a día para ayudarnos a salir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos dado la sabiduría y guiado durante los momentos de dudas e incertidumbre.

A la Universidad Nacional de Cajamarca - Escuela Académico Profesional de Enfermería, por haber sido nuestra Alma Mater, donde forjamos nuestros estudios y nos formamos como profesionales.

A nuestra asesora, la Dra. Margarita Cerna Barba, por habernos compartido sus conocimientos, siendo nuestra guía en el proceso de elaboración del estudio.

Al Dr. José Celis Vásquez Director del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, por habernos permitido ingresar a dicha institución, para la recolección de datos e información.

A los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, por su participación y colaboración en el presente estudio.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, analítico, transversal cuyo objetivo fue determinar y analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y las condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. La muestra estuvo constituida por 32 profesionales y 28 no profesionales. Los resultados obtenidos muestran un grupo de profesionales, enfermeras (os) en 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%), casadas (os) (35,7%), nombrados (64,3%); en ambos grupos la mayoría son mayores de 35 años de edad (75% y 57,1% respectivamente), laboran en el área de hospitalización (53,1% y 46,4% respectivamente), desempeñando la función asistencial (93,7% y 96,4% respectivamente), trabajan entre 6 y 8 horas por turno, refieren que su principal problema es la baja remuneración, mostraron su descontento porque a veces o nunca reciben beneficios laborales y, generalmente no realizan actividades de esparcimiento. Los profesionales y no profesionales mostraron niveles bajos de realización personal (65,6% y 67,9% respectivamente), son porcentajes alarmantes debido a la naturaleza de las consecuencias que esto acarrea. 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.

Palabras Claves: Condiciones Laborales en personal profesional y no profesional de salud, Síndrome de Burnout en personal de salud.

ABSTRACT

The present study is descriptive, analytical, cross whose objective was to determine and analyze the relationship between burnout syndrome and working conditions of professional and nonprofessional health Hospital Jose Soto Cadenillas Chota. The sample consisted of 32 professionals and 28 amateurs. The results show a group of professionals, nurses (I) in (50%), male (53.1%), cohabiting marital status (50%) nominated (56.3%). In the group of non-professionals, are techniques in nursing (89.3%), female (57.1%), married (I) (35.7%), appointed (64.3%) in both groups most are over 35 years old (75% and 57.1% respectively), working in the area of hospitalization (53.1% and 46.4% respectively), playing the role of care (93.7% and 96 , 4% respectively), working between 6 and 8 hours per shift, report that their main problem is the low pay, expressed dissatisfaction because sometimes or never receive employment benefits, and generally do not pursue leisure activities. Professionals and nonprofessionals showed low levels of personal accomplishment (65.6% and 67.9% respectively), are alarming rates due to the nature of the consequences that this entails. It was concluded that working conditions are related to the development of burnout syndrome in professional and nonprofessional health Hospital Jose Soto Cadenillas Chota.

Keywords: Labor Conditions in professional and nonprofessional health, Burnout syndrome in health workers.

INTRODUCCIÓN

El personal profesional y no profesional de salud, en el desarrollo diario de su trabajo se expone a múltiples situaciones que implican riesgos laborales, no solo físicos o biológicos sino también emocionales, como es el tema del presente estudio "Síndrome de Burnout", también conocido como Síndrome de Desgaste Profesional, que afecta principalmente a personas que se desempeñan laboralmente en contacto directo y continuo con otras personas. La constante e innovadora mecanización del trabajo, además de abarcar la producción, los horarios, las tecnologías, aptitudes personales e interpersonales, entre otros, generan una serie de condiciones que pueden afectar a la salud, estas son las denominadas condiciones laborales, que son el conjunto de características que definen la realización de una tarea en un entorno determinado.

Cuando las condiciones laborales, son percibidas por el personal como no adecuadas, es cuando surge la tendencia al Síndrome de Burnout: situación en que la persona puede pasar por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; lo que genera descontento consigo mismo y sus responsabilidades, haciéndolo notar en la calidad y calidez en la atención al paciente.

Las profesiones y ocupaciones relacionadas a salud, siempre han sido consideradas, como estresantes, con una alta demanda de esfuerzo físico y desgaste emocional; que viene de los paciente especialmente en el desempeño de la función asistencial, en la que se está constantemente en relación con pacientes que afrontan distintos procesos de enfermedad, y que separadamente de sus patologías, son personas que tienen problemas, preocupaciones y sentimientos a los que el personal de salud no puede mostrarse indiferente, o al menos ello no debería pasar.

El desarrollo del presente estudio de investigación desarrollado en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, con una muestra representativa constituida por personal profesional y no profesional de salud, permitió develar las condiciones

laborales, determinar y analizar su relación con el Síndrome de Burnout, resultados que nos permite recomendar: continuar investigando a este síndrome, en la dimensión de realización personal, particularmente en el personal profesional y no profesional de este establecimiento.

La investigación está organizada en cinco capítulos, que son los que a continuación se detallan:

Capítulo I: Comprende el Problema, su definición, delimitación y formulación. También la Justificación y la formulación de los Objetivos del estudio.

Capítulo II: Incluye el Marco Teórico, Antecedentes del estudio en el ámbito latinoamericano, nacional y regional. Se plantea la Hipótesis y las Variables de estudio.

Capítulo III: Se describe la metodología de la investigación que incluye el tipo de estudio, descripción del área, la población, muestra, unidad de análisis, unidad de observación, los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad y el procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Se presentan los resultados, interpretación y discusión

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Referencias bibliográficas y Anexos

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

1.1 Definición y delimitación del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivos	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes	7
1.2 Bases Teóricas	
1.2.1. Síndrome de Burnout	11
1.2.2. Condiciones laborales del personal de salud	30
1.3 Hipótesis	36
1.4 Variables	36

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1.1 Tipo de Estudio	45
1.2 Descripción del área de estudio	45
1.3 Población	46
1.4 Muestra	46
1.5 Unidad de análisis	47
1.6 Unidad de observación	47
1.7 Criterios de inclusión y exclusión	47
1.8 Técnicas e instrumentos	48
1.9 Validez y confiabilidad	49
1.10 Procesamiento y análisis de datos	49

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
-Características sociodemográficas	51
-Condiciones laborales	55
-Manifestaciones del síndrome de Burnout	68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
1.1 Conclusiones	85
1.2 Recomendaciones	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

El Síndrome de "Burnout", en un inicio fue considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos. Actualmente lo define como "staff Burnout" diferenciándolo de una afección individual y aislada para enmarcarlo en una perspectiva organizacional, social y cultural (OMS 2000).

Dentro de los principales investigadores que se interesaron por el mencionado síndrome, tenemos a las psicólogas: Maslach y Jackson (1986) quienes lo definen como: "Síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal, que se da en personas que trabajan con personas". Así mismo dicen que las principales manifestaciones del Síndrome de Burnout son: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Torrado (2000), expone que existen varios colectivos de riesgo: profesionales de la salud, docentes, policías, pilotos, bomberos, políticos, entre otros. En este mismo año la OMS, define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados, lo que los hace más propensos a caer en este síndrome que es un proceso multicausal y altamente complejo, aunado a ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presenta en una publicación "al síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, con alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud" (OPS 2002).

Quispe y Tello (2006), mencionan que el Síndrome de Burnout es la expresión patológica del individuo que se "quema" por el trabajo o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo. Así pues, se puede considerar como un grado extremo de estrés laboral, o un fallo del mecanismo adaptativo a este.

Este síndrome se presenta en todo los espacios laborales, y frente a ello no se han implementado adecuadas políticas de intervención que cuiden la salud integral, particularmente, la salud mental del personal que labora en contacto directo con otras personas, con materiales de riesgo o con condiciones de trabajo nada adecuadas, en general. Se observa una alta prevalencia de dicho síndrome en profesionales y no profesionales del sector salud, por ejemplo, haciendo hincapié en los que desempeñan funciones asistenciales (Varela y Fantao 2005).

Entre algunas de las estrategias existentes que se han desarrollado en el ámbito laboral de las organizaciones, a nivel de países de primer mundo, como España, Italia parten del supuesto de que gran parte de los elementos organizacionales pueden convertirse en estresores para las personas. En cuanto a la intervención personal, se usan técnicas de afrontamiento del estrés, ensayo conductual y entrenamiento en relación y autocontrol. En relación a la intervención social, ésta se encamina a la orientación de los nuevos profesionales, a la realización de cursos de formación continuada, a la mejora de los recursos instrumentales y al aumento de la competencia psicosocial del profesional, entre otros (OMS 2000).

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 y Cultura de Paz (MINSa, 2004), se expone un conjunto de objetivos, resultados y actividades que constituyen una propuesta concertada de Plan Nacional de Salud Mental, el cual busca promover iniciativas sectoriales e intersectoriales del mayor impacto que trasciendan los límites de la enfermedad y generen entornos y estilos de vida saludables. Los encargados de liderar dicho plan es el personal de salud, quienes supuestamente deben implementar programas y actividades preventivas y promocionales orientadas hacia todo el personal que labora en las instituciones. En el contexto, sin embargo, son evidentes las consecuencias del limitado interés e inadecuada percepción de la problemática en la realidad del trabajo y de los trabajadores de salud, en general. Esta situación se manifiesta por cansancio, insatisfacción, rutina, quejas, entre muchas más que son

manifestaciones, según la teoría, del síndrome de Burnout. La situación, aún se observa más complicada cuando se ha desencadenado hechos que muestran el abandono de las funciones fundamentales en la atención integral al individuo, familia y comunidad. La función de un trabajador de salud es velar por la salud de la población y además es un deber brindar una buena atención y un cuidado de calidad.

Por lo antes mencionado el Síndrome de Burnout, asociado a condiciones laborales según la Organización Internacional de Trabajo (OIT) en el año 2000, se convierte en un factor que pone en riesgo la economía de los países, además de afectar la productividad física y mental de los trabajadores. Da a conocer, que cada año en el mundo 160 millones de asalariados contraen enfermedades profesionales, menciona también que la Salud Ocupacional a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, que con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de riesgos entre ellos los psicosociales que pueden conducir a una ruptura del estado de salud, causando enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral. Frente a ello propone incrementar el interés y la responsabilidad social (Empleadores - Estado - Trabajadores), despertar el interés en el personal mismo; de manera que ellos puedan ser los que consigan mejoras laborales como: económicas, no sobrecarga de trabajo, respeto del horario y funciones que desempeñan, entre otros.

En este marco, las manifestaciones que más frecuentemente son descritas y empíricamente perceptibles en nuestro contexto, en el personal profesional y no profesional de la salud, del Síndrome de Burnout se registran como situaciones repetidas de desmotivación, sentimientos de inadecuación y fracaso profesional, que motivan cuestionamientos a la competencia profesional, aunado a un aparente agotamiento físico y cansancio emocional, ante las cuales no se viene implementando estrategias preventivas, promocionales y de tratamiento, no obstante que desde el año 2000, la Federación Mundial de la Salud Mental, acordó priorizar la Salud Mental Laboral. En nuestra percepción, existe un desinterés por parte de las autoridades y por el mismo personal de las instituciones, en tratar y afrontar

este problema, lo que se deriva así mismo en el limitado interés por investigar y desvelar las realidades sociosanitarias de las instituciones y del personal que labora en ellas, sobre todo en los que prestan atención a usuarios, dentro de estos, en salud.

Teniendo en cuenta este contexto, la presente investigación pretende encontrar respuesta a la siguiente interrogante

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre el síndrome de Burnout y las condiciones laborales, en el personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación pretende determinar y analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y las condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, contexto que cuenta con un significativo personal profesional y no profesional que proporcionan atención en salud, realizando actividades que contribuyen a mejorar la salud de la población de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud (MINSA), espacio así mismo donde se vienen desarrollando las prácticas profesionales de los estudiantes de las carreras de enfermería y otras.

La realización del estudio nos permitió conocer si el personal de salud de la institución antes mencionada, está siendo afectada por el Síndrome de Burnout, a través de los resultados obtenidos, lo cual ayudará a las autoridades y al personal de salud de dicho hospital a tomar medidas correctivas y desarrollar programas de intervención orientados a fortalecer la salud mental del personal; también contribuirá a establecer espacios de reflexión en todos los niveles donde viene desarrollándose el personal de salud trabajador de este nosocomio de servicio público. La presente investigación también contribuirá a motivar a los estudiantes de carreras afines con el tema en estudio, a realizar investigaciones en este campo que permitan, ampliar y profundizar los conocimientos acerca del Síndrome de Burnout en el personal de salud, debido a que este establecimiento se constituye como un espacio donde se desarrollan prácticas clínicas, internado, entre otros, dirigidas a la atención y cuidado; responsabilidad que recae en las instituciones formadoras de profesionales de salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General:

- Determinar y analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y las condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

1.4.2. Específicos:

- Identificar y describir las características sociodemográficas del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- Identificar y describir las condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- Identificar y describir las manifestaciones del Síndrome de Burnout, que presenta el personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- Determinar el grupo más afectado por el Síndrome de Burnout entre los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- Establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y las condiciones laborales en los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En el ámbito latinoamericano:

Barría (Chile 2002), en el estudio "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile", determinó que: El perfil del asistente social con presencia del Síndrome del Burnout tiene las siguientes características: son en su mayoría mujeres, pero con una presencia también significativa de hombres, de 26 a 35 años de edad, con pareja estable, casada (o), con hijos de 1 a 5 años, con menos de 9 años de ejercicio de la profesión y menos de tres años de permanencia en la institución. El Síndrome de Burnout aparece en el primer año de trabajo, lo cual podría explicar la rotación de profesionales y los cambios constantes de trabajo.

Román (Chile 2003), en la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención ", encontró los siguientes hallazgos: Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Síndrome de Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Síndrome de Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

Encomo y Paz (Venezuela 2004), en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería", determinaron que: El síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los

recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente".

En el ámbito nacional:

Málaga y Tomateo (Lima 2011), en la investigación "Determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general". La cual se realizó a base de un *Estudio descriptivo transversal* realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia de SBO fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO.

De La Cruz y Palomino (Ayacucho 2006), en la investigación "Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho", determinaron que: "el 100% (52) de profesionales de enfermería que labora en Centros y Puestos de salud del distrito de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno presenta estrés en sus diferentes intensidades: 61.54% moderado, 36.54% severo y 1.92% leve. El estrés severo disminuyó de 36.54% (antes de la aplicación de la terapia de relajación progresiva) a 9.62% (después de la aplicación de esta terapia). Siendo el valor p de la prueba estadística Chi cuadrado menor que 0.001, se establece que la terapia de relajación progresiva es efectiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de Enfermería.

Gomero y Palomino (Lima 2005), en el estudio piloto "El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú CopperCorporation", hallaron los siguientes resultados: Se

recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médicos, 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). En la población estudiada se encontró 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.

Arévalo (Ayacucho 2004), en la tesis titulada "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho", concluyó que: el 71.4% de profesionales asistenciales de este nosocomio experimentan sobrecarga laboral; de ellos, el 55.5% tienen familias disfuncionales, Por tanto, la dotación de personal sigue siendo insuficiente, debido al excesivo número de pacientes hospitalizados que supera la capacidad real de atención de los profesionales de Enfermería, situación que hace que culminen con su jornada laboral agotados física y mentalmente, razón por la cual perciben que trabajan a presión y más de su capacidad real.

Peralta y Pozo (Ayacucho 2006) , en la tesis "Factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta ", concluyeron en los siguientes aspectos: El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de Burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional.

Quiroz y Saco (Cusco 1999), en el la investigación "Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco", determinaron que: Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. Se demostró que existe correlación inversa con situación laboral,

motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive.

Ámbito regional

García (Chota 2008), en la tesis “Riesgos Ergonómicos y Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras(os) de la Sub Región de Salud Chota”, menciona que el 95% de profesionales presenta un nivel alto de realización personal, el 57,5% tiene un nivel medio de cansancio emocional y el 52,5% presenta un bajo nivel de despersonalización. Concluye que la gran mayoría presenta un nivel medio de riesgo ergonómico con tendencia al Síndrome de Desgaste Profesional.

Quispe y Tello (Cajamarca 2006), en el estudio “Factores Biopsicosociales y Laborales que Predisponen al Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca”, mencionan que los factores biopsicosociales como: relaciones interpersonales y poco tiempo de esparcimiento del profesional de enfermería, predisponen a este síndrome y que todos los profesionales de enfermería presentan el síndrome de burnout en diferentes grados: grado alto 9.4%, grado moderado 54.7%, grado bajo 35.8%.

Campos (Chota 2002), en la investigación “Condiciones de Trabajo en relación al proceso de Salud – Enfermedad de las profesionales de enfermería de Chota”, manifiesta que las condiciones de trabajo están directamente relacionadas con el proceso de Salud- Enfermedad de las personas que participaron de dicho estudio. Concluye que las difíciles condiciones de trabajo para la mayoría de las entrevistadas, son las que están influenciadas por el sistema capitalista y androcéntrico imperantes en el país.

1.2 Bases Teóricas.

1.2.1 El Síndrome de Burnout

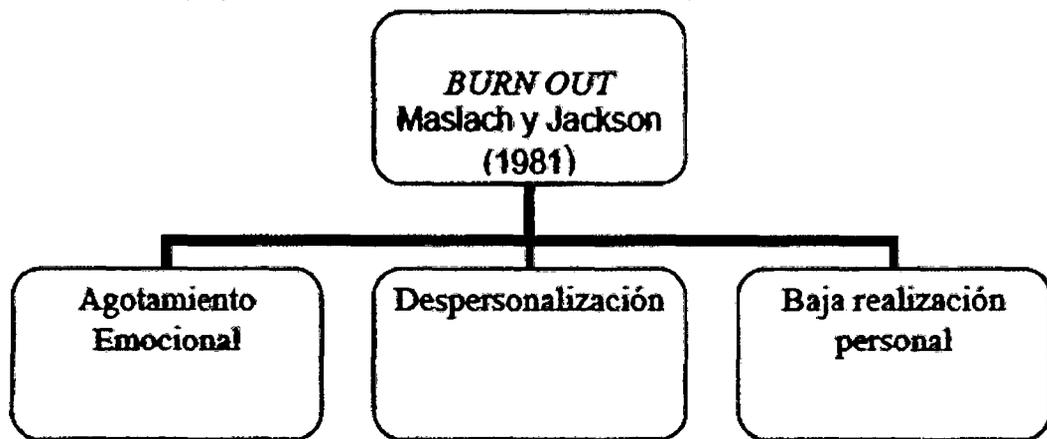
El término Burnout no existe en español, ni hay ninguno que pueda sustituirle. Se trata de una palabra que se utilizaba frecuentemente por los deportistas, un atleta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. La traducción al castellano podría significar algo así como «estar quemado» (OMS 2000).

En el contexto de la Medicina, fue descrito por primera vez en 1974, por Hebert Freudenberger, psiquiatra quien lo describió como la “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Síndrome de Burnout en el contexto laboral.

El Síndrome de “Burnout”, es considerado por la OMS como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos. Se dice también que es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de tratar exitosamente con otros seres humanos, especialmente cuando tienen problemas y la única condición que tiene es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que la brinda, al ocurrir esto, el que ofrece la ayuda pierde el interés y el tacto hacia el paciente presentando una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna.

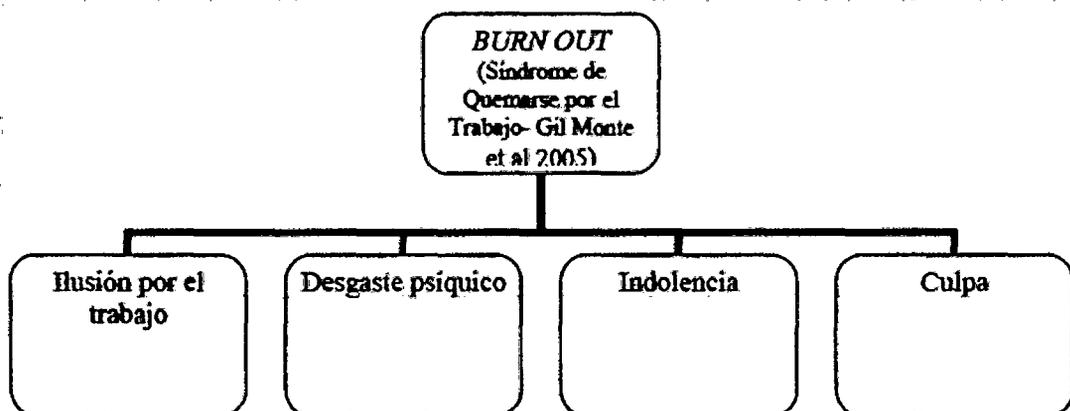
Maslach y Jackson (1981), define que: “el Síndrome de Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes”.

La conceptualización de Maslach y Jackson (1981), que abarca tres dimensiones, es la más extendida:



Gil Monte (2005), identifica cuatro dimensiones:

- a. **Ilusión por el trabajo:** deseo de la persona de lograr metas en relación a su trabajo, que percibe como atractivo y que le acarrea satisfacciones personales.
- b. **Desgaste psíquico:** agotamiento emocional y físico en relación al contacto diario con personas que presentan problemas.
- c. **Indolencia:** actitudes de cinismo y de indiferencia hacia las personas que reciben el servicio. Insensibilidad hacia los problemas de las personas.
- d. **Culpa:** estos sentimientos se han identificado como un síntoma característico de quienes desarrollan el Burnout.



Edelwich y Brodsky (1980), 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 Síndrome de Burnout:

- a. **Entusiasmo:** caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- b. **Estancamiento:** que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- c. **Frustración:** en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
- d. **Apatía:** que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

De otra parte, el Síndrome de Burnout, según estos mismos autores, sería el síndrome que padecerían los profesionales de los trabajos relacionados con servicios humanos.

En suma, del recorrido realizado hasta aquí podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de Síndrome de Burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor.

-Parece claro que el Síndrome de Burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serán de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del Síndrome de Burnout.

-Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el Burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre el Síndrome de Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización.

Gil-Monte y Peiró (1997), han afirmado que el Síndrome de Burnout puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial. La perspectiva clínica lo asume como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

1.2.1.1. Características del síndrome de Burnout

La definición de síndrome de Burnout más aceptada ha sido la de Maslach y Jackson (1981) quienes lo consideran como un síndrome tridimensional y como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son:

- a. El Cansancio Emocional:** constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

- b. La Despersonalización:** se refiere a una serie de actitudes de aislamiento, pesimistas y negativas, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.

- c. La Falta de Realización Personal:** el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional) si bien puede surgir el efecto contrario , una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa.

1.2.1.2 Factores que influyen en el Síndrome de Burnout

- a. Factores individuales:** Eventos vitales, edad y años de ejercicio profesional, sexo, familia y apoyo social. Una personalidad madura y una situación vital favorable serían factores protectores ante el desgaste profesional.
- b. Factores Laborales:** Profesiones de gente que trabaja con gente. Condiciones laborales deficitarias en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos, sobrecarga de trabajo.
- c. Factores Sociales:** La extensión del síndrome de desgaste profesional hace pensar que el Burnout puede ser un síntoma de problemas sociales más amplios

1.2.1.3 Estadios del Síndrome de Burnout:

- a. Primer estadio:** en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés. El estrés es un fenómeno clave y fundamental y cada persona presenta sus propios mecanismos para enfrentarse a él. Hay una serie de factores o

situaciones que nos conducen al estrés como el desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otros seres humanos.

La sintomatología pasa por varias etapas:

- Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.
- Se disminuye el nivel de compromiso, comienza a deshumanizarse la tarea, se altera la atención, se tienen aspiraciones excesivas, comienza la pérdida de ilusión, aparecen celos y problemas con el equipo de trabajo.
- Comienzan las reacciones emocionales, sentimientos de culpa, depresión, agresividad.
- Se inicia una desorganización progresiva, disminuye la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y disminuye la diferenciación.
- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.
- Se manifiestan reacciones psicósomáticas.

Hace aparición la desesperación, inclinaciones que pueden conducir al suicidio en situaciones de extrema gravedad.

- b. Segundo estadio:** en la serie de excesos o sobre esfuerzos en los que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, aparecen signos de ansiedad y fatiga. Esta situación exige al sujeto una adaptación psicológica.
- c. Tercer estadio:** el enfrentamiento defensivo le conduce a un cambio de actitudes frente a lo que le supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos.

Se observa en las personas afectadas del síndrome una falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés por las personas a las que tiene que atender, se percibe la frustración, la desmotivación, aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra cosa y sobre todo una gran desmoralización. Se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda nada que ofrecer a los demás. Comienzan a desarrollar actitudes negativas (aumento del consumo de drogas, alcohol, tabaco, juego, etc.) y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y no son capaces de resolver los problemas. El individuo se siente agotado, hastiado del trabajo, se aleja de la familia y de los amigos y a veces se hunde en la depresión, incluso en casos avanzados en el suicidio, le falta el control sobre sí mismo, y actúa de forma imprevisible. Esto suele ocurrir en personas, como ya dijimos anteriormente, con mayor dedicación, entrega y a los más dispuestos a ayudar a los demás.

Es importante diferenciar el Síndrome de Burnout de:

Estrés

Se refiere a una serie encadenada de reacciones psicofisiológicas que demuestran todos los individuos ante los estímulos potencialmente nocivos o aversivos que necesariamente deben afrontarse y superarse durante el normal desenvolvimiento de la actividad cotidiana.

Estrés laboral: Estrés laboral es un fenómeno personal y social cada vez más frecuente con consecuencias importantes a nivel individual y organizacional. A nivel individual afecta al bienestar físico y psicológico y la salud de las personas. A nivel colectivo puede deteriorar la salud organizacional. El modelo de Peiró (1993) distingue seis factores fundamentales: variables ambientales o estresores, características personales, experiencia subjetiva del estrés, estrategias de afrontamiento que desarrolla la persona y la organización, consecuencias producidas por el afrontamiento y por último, consecuencias para la persona y la organización.

Principales estresores laborales: A continuación numeramos un listado de los principales desencadenantes de estrés laboral:

- Grupos ocupacionales con múltiples responsabilidades.
- Específicos de diferentes ocupaciones; asistenciales; profesores, enfermeras, policías y no asistenciales.
- Factores del puesto de trabajo: factores del ambiente físico, estructura organizacional.
- Los estresores del ambiente físico incluyen: ruido, iluminación, temperatura, toxicidad, espacio, etc.
- Demandas estresantes del trabajo: trabajos por turnos y nocturnos, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros.
- Estresores procedentes del contenido del trabajo. Incluye: oportunidad para el control: autonomía y libertad, oportunidad para el uso de habilidades, variedad de la tarea, feedback de la propia tarea, identidad con la tarea y complejidad del trabajo
- Relaciones interpersonales como estresores. Tipos de relaciones y calidad con compañeros, superiores y subordinados.
- Estresores grupales: falta de cohesión, presiones de grupo, clima grupal y conflicto grupal.
- Estresores del desarrollo de la carrera: inseguridad en el trabajo, transiciones de carrera, estresores en los diferentes estadios de la carrera profesional: inicial, consolidación, mantenimiento y preparación para la jubilación
- Estresores a nivel organizacional: estructura de la organización, ambigüedad y conflicto de roles y clima organizacional.

1.2.1.4. Estrés laboral y Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout, se produce especialmente en organizaciones de servicios y afecta a profesionales con trato con clientes o usuarios. En este síndrome tiene un papel muy importante la presión del trabajo y el ambiente físico que envuelve al profesional. De hecho, se puede

definir como un estrés laboral prolongado. Esta perspectiva de prolongación en el tiempo implica el término de quemarse.

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Administración Pública de España, los profesionales de la sanidad y la enseñanza son los colectivos del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional. Se trata de profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás y se asienta sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia, con una gran tendencia a implicarse en el trabajo.

Se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés laboral y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, el estrés laboral es un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales.

Actualmente se acepta que es fundamentalmente un proceso que se desarrolla por la interacción del entorno laboral y las características personales del sujeto. Se trata de una patología derivada más que de factores biogénicos, de características del ambiente físico y de las demandas del puesto de trabajo y el aspecto más relevante, es el papel que juegan las relaciones interpersonales.

Hay una serie de factores influyentes y que debemos de tener en cuenta:

- ✓ Cuanto más grande es la institución mayor es el número de usuarios por profesional, se produce más cansancio.
- ✓ Si las condiciones del trabajo están lejos de las expectativas y deseos del profesional (salario, estabilidad de empleo, oportunidades de mejora en cuanto a estatus, progreso, autonomía, apoyo laboral y del equipo de trabajo) es mucho más fácil "quemarse".
- ✓ Cuestiones personales, sentimientos de apatía y dudas en el trabajo relacionadas con la vida exterior personal, pueden contribuir al síndrome de Burnout.

- ✓ Además también tenemos que prestar atención a una serie de factores y situaciones de índole personal a las que todos nos vemos sometidos, como son los siguientes:

- Catástrofes, episodios imprevisibles y a gran escala, guerras, atentados, desastres naturales, ya que después de ellos son frecuentes las alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad.

- Cambios significativos de la vida, como muerte de familiares, matrimonio, divorcio, nacimiento de hijos, jubilación, aborto, despido, etc. Son situaciones que nos pueden generar estrés.

- Situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son novedosas, o generan conflictos difíciles o insolubles, son ambiguas o resultan dolorosas, desagradables o molestas, como puede ser una enfermedad. Son situaciones que amenazan nuestra integridad como personas y nos generan alteraciones emocionales.

- Situaciones que atentan contra nuestros principios morales, valores o creencias fundamentales, nos van a generar situaciones de alta tensión.

- Actividades que supongan un sobreesfuerzo físico y mental, situaciones que puedan suponer un cambio de vida drástico o que amenacen nuestra seguridad como personas o a nivel de estatus social, etc., serán motivos más que suficientes para generar los cambios emocionales que nos puedan conducir a estar "quemados".

1.2.1.5. Condiciones que modulan el síndrome de Burnout:

La literatura parece apoyar la idea de que existen determinadas condiciones (ambientales, fisiológicas y cognitivas) que favorecen u obstaculizan el afrontamiento del estrés laboral. En cuanto a las condiciones ambientales que parecen modular los efectos del afrontamiento del estrés, se ha publicado recientemente abundante evidencia que relaciona el apoyo social con la salud física y psicológica argumentándose que favorece la salud, bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades

o bien, porque facilita la recuperación de pacientes con algún tipo de trastorno (Adler y Matthews 1994).

También exponerse a situaciones de carácter positivo suaviza la respuesta de estrés. Estas situaciones tienen relación con acontecimientos que en la vida diaria son de fácil acceso y que por razones de tiempo, sobrecargas, etc. No nos permitimos en muchas ocasiones poder disfrutar, tales como actividades de ocio y tiempo libre tan sencillas como: pasear, descansar, oír buenas noticias, recibir sesiones de masaje, ir al teatro, etc. De la misma manera, la literatura sobre control del estrés laboral señala que los recursos utilitarios: dinero, acceso a información, acceso a los servicios sociales y a programas de entrenamiento, van a acompañar el manejo y la facilitación de la resolución en una situación estresante.

En un plano más individual, se ha destacado que las condiciones fisiológicas del sujeto van a favorecer u obstaculizar el manejo del estrés, en el sentido de que cuantos más recursos físicos u orgánicos tenga el individuo, mayor resistencia al estrés tendrá. También se ha argumentado que existe cierta predisposición biológica o estereotipia de respuesta que puede, o bien facilitar las consecuencias nocivas del estrés o bien protegerlas.

Las conductas cognitivas del sujeto también modulan el estrés. Labrador y Crespo (1993) aseguran que existen diferencias entre los individuos en el modo de evaluar las situaciones estresantes: unas personas lo hacen centrándose en las demandas de la situación (sujetos autoeficaces; analizan cómo manejar la situación, se centran en el problema), otras lo hacen centrándose en sí mismo (sujetos autoreferentes; se preocupa cómo les afecta la situación, se centran en la emoción) y otras personas en cambio lo hacen negando el problema o las demandas del medio (sujetos negativistas). Los sujetos autoeficaces llevaría mucho mejor que los anteriores la situación estresante.

El optimismo es otra característica personal que se ha señalado como catalizador del efecto del estrés sobre el sujeto, de manera que, los

individuos optimistas seleccionan estrategias de afrontamiento centrándose en el problema, buscan con mayor probabilidad aspectos positivos de la situación y la desdramatizan y perciben la situación más como reto que como amenaza. De igual modo, la sensación de control, el locus de control interno también modularía los efectos del estrés: la creencia de poder manejar la situación y de que ésta depende de los esfuerzos realizados y de las habilidades que se tengan, puede favorecer su resolución. Por el contrario, la pasividad ante situaciones estresantes y pérdida de control se ha relacionado con sentimientos depresivos y de indefensión.

El último aspecto a destacar es el que se refiere a aspectos conductuales tales como hábitos saludables de conductas, dieta sana y ejercicio físico. En este sentido, una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos mejoraría nuestro estado de salud y sistema inmunológico al mismo tiempo que modularía la respuesta de estrés. El ejercicio físico moviliza el organismo y mejora su funcionamiento aumentando la capacidad en los sistemas circulatorio, muscular y respiratorio. Se ha comprobado que en los estados de estrés, se movilizan recursos orgánicos como: ácidos grasos, colesterol, glucógeno que rara vez se van a utilizar, ya que la vida moderna no exige respuestas físicas intensas. Estos recursos movilizados y no utilizados pueden llegar a depositarse en el sistema vascular tapizando paredes y vasos, disminuyendo así el paso de la sangre, lo que da lugar a un aumento de la presión arterial, hipertensión y propensión a infartos. Con el ejercicio físico podemos utilizar y consumir estos recursos movilizados por la respuesta de estrés, antes de ser depositadas, e impedir deterioros en el sistema cardiovascular. Los ejercicios recomendables son los aeróbicos como correr, montar en bicicleta, nadar, practicados tres o cuatro días semanales, unos treinta, cuarenta minutos y de una intensidad moderada (Labrador 1993).

1.2.1.6. Manifestaciones del Síndrome de Burnout:

Las repercusiones personales sobre la salud son variables y pueden afectar a cuatro áreas:

- a. **Las manifestaciones psicósomáticas:** incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales (úlceras o desórdenes gastrointestinales), problemas cardiovasculares, dolores musculares en la espalda, cuello y desórdenes menstruales. Estos síntomas son, a menudo, manifestaciones tempranas (pérdidas de ciclos menstruales).
- b. **Las manifestaciones conductuales más frecuentes son:** absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.
- c. **Las manifestaciones emocionales comprenden:** el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad y los celos por la posibilidad de llegar a convertirse en una persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas. Suele ser frecuente la dificultad para concentrarse, debido a la ansiedad experimentada, lo que produce un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, etc. Todo ello va a influir directamente en el rendimiento. Pueden aparecer síntomas claramente psicopatológicos de ansiedad o depresión.
- d. **Las manifestaciones defensivas surgen de la dificultad para aceptar sus sentimientos:** como la negación de sus emociones es un mecanismo de defensa frente a una realidad que le es desagradable. La supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas; la atención selectiva y la *intelectualización* son otras formas de evitar la experiencia negativa.

e. Las consecuencias familiares pueden ser graves: hemos visto, se produce un cambio de carácter que va desde el aislamiento a distintos grados de irritabilidad, lo que afecta al sistema de comunicación familiar. Esto genera un aluvión de conflictos y malentendidos que pueden terminar en la ruptura familiar. En muchos casos son los familiares los primeros que se dan cuenta de que algo está pasando, pero, muchas veces, no son escuchados por el profesional con burnout, que suele tener una postura defensiva que genera problemas de comunicación, hasta que es demasiado tarde.

f. Repercusiones laborales

- **Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral:** el profesional de los servicios humanos «quemado» participa poco en la marcha del servicio o centro de salud. Sus relaciones interprofesionales son escasas y a veces cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y la crítica sana. Las órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente, que intenta compensar a través de una formación continuada desordenada y creciente. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación. El profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los «roces» con compañeros o colegas. La insatisfacción puede agravarse por otras circunstancias, como reconversiones, reformas, turnos de trabajo, etc.
- **Disminución de la calidad del trabajo:** el profesional «quemado» dedica menos tiempo a sus clientes, el contacto es más frío y distante, llegándose a ignorar sus quejas, demandas o necesidades. Por otra parte, se toman decisiones a la defensiva o «a reglamento», encareciendo los servicios, y luego se ignoran los resultados de dichas gestiones o exploraciones. El resultado final es que el profesional disminuye la calidad y aumenta el coste de los servicios que presta. La organización se resiente al disminuir la satisfacción de los clientes y la eficiencia del servicio prestado.

- **Absentismo laboral:** si el ambiente laboral es la fuente de las tensiones, el profesional puede tratar de evitar sus obligaciones. Al principio disminuyendo la actividad en el trabajo y, en último término, faltando al mismo. El absentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. Como fase intermedia, el profesional puede llegar con retraso al trabajo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, bien mediante retraso sistemático, bien mediante la enfermedad y la baja laboral, incluso mediante la asistencia a múltiples actividades de formación continuada. Si el proceso avanza puede llevar a la reconversión profesional e incluso al abandono de la profesión.
- **Reconversión profesional:** antes de llegar al abandono de la profesión, el profesional «quemado» puede reconvertirse. Con frecuencia, ello significa pasar a tareas que no impliquen el contacto directo con los clientes, como tareas de gestión o administración, tareas de actividad política o sindical.
- **Abandono de la profesión:** es la consecuencia más drástica del estrés profesional mantenido. Este abandono puede ser voluntario, pero en algunos casos puede ser también consecuencia de problemas legales, lo que tiene una extraordinaria repercusión negativa en la vida personal, familiar y laboral porque puede sentirse «marcado», lo que supone un gran impacto emocional.

1.2.1.6. Desencadenantes del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud.

El Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden, especialmente, estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y, en ocasiones extremas, la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, cambios tecnológicos rápidos y bruscos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró 1997):

- a. En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los mismos. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- b. En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros, de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- c. Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la

dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

- d. Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (v.g., la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.).

Principales características de las condiciones laborales:

- **Condición laboral:** es la situación bajo la cual el personal labora y depende de ello su estabilidad laboral, pudiendo ser contratado o nombrado, en el primer caso los beneficios recibidos por la institución son escasos, en el segundo los beneficios más estables.
- **Tiempo de servicio:** es la cantidad que viene laborando el personal, dentro de la institución y se mide en años de servicio.
- **Sobrecarga de trabajo:** referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, que suelen ir acompañadas de exceso de tareas no agradables. A más exigencias, mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales mayor probabilidad de aparición del síndrome.
- **Turnos de trabajo:** el trabajo nocturno, como variable que incide en el síndrome puesto que a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la sociabilidad, por la falta continuada de descanso.
- **Ambiente físico de trabajo:** estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus

características de intensidad, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.

- **Conflicto y ambigüedad:** un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.

1.2.1.7. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Es el instrumento más utilizado en todo el mundo para evaluar al Síndrome de Burnout, es una escala con alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide las 3 dimensiones del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

a. Agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

b. Despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

c. Realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

-Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20. Exploran el agotamiento emocional y sus resultados son directamente proporcionales al grado de intensidad del agotamiento emocional, es decir, a mayor puntuación, mayor agotamiento.

-Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Exploran el grado de despersonalización sufrida por el explorado y sus resultados son también directamente proporcionales: a mayor puntuación, mayor despersonalización.

-Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Exploran el grado de percepción de ineficiencia laboral y de realización personal del explorado. En este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir, a menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado.

Este cuestionario pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 =Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 =Una vez al mes o menos

3 =Unas pocas veces al mes o menos

4 =Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que: puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome. Maslach, establece que al evaluar su cuestionario, no se llega a obtener un diagnóstico general; sino más bien se obtiene un diagnóstico específico referido a cada una de las dimensiones que se evalúan, debido a que no se ha llegado a un punto en el que se establezca

si una dimensión es más importante que otra, en cuanto a la afectación que esta tenga en la persona.

Por lo tanto, se establece que el dato de: puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones y baja en la tercera definen el síndrome; es algo referencial, para cuando se coincida con estos resultados.

1.2.2 Condiciones laborales del personal de salud

La OMS, reconoce al sector salud como el conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales o exclusivos son la identificación y control de factores de riesgo para la salud; promoción de la salud de individuos, familias y grupos; prevención, control y atención a las enfermedades; rehabilitación de discapacidades, así como administración, investigación y capacitación en estos campos, tanto en condiciones normales como en situaciones de emergencia y desastre, siendo todas ellas objeto de atención y prestación de los recursos humanos en salud, para lo cual deberán ser competentes mediante evaluación de su desempeño.

En este marco, cada país asume su propia definición. El Perú no tiene una definición explícita y oficial del término, sin embargo, se utiliza y aplica implícitamente al conjunto de prestadores de servicios de salud públicos o privados del sistema de salud peruano, en todos los niveles.

La OMS en el año 2000, se enfoca en evaluar la calidad de los sistemas de salud y el proceder para su mejoramiento, donde señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, así como para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. Recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la OMS, los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, destrezas y motivación de los profesionales que

trabajan en ese sistema. Indica que se debe realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos laborales de su entorno laboral, siendo los riesgos laborales de origen psicosocial de especial relevancia en el sector sanitario debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas. Por ello considera importante reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el **síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*)** ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo.

Es importante reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral (Gil-Monte, 2000). Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector sanitario ni para los nuevos servicios de prevención creados por la administración sanitaria, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

Entre las principales condiciones laborales tenemos:

- **El contenido del trabajo:** perfil ocupacional que tiene que ver con la descripción de todas las actividades que la persona que desempeña la ocupación, hace en el ejercicio de su profesión.
- **Salario recibido por la labor realizada:** NO es un incentivo, es una responsabilidad de la institución el abonar un salario equitativo acorde al nivel de vida del país donde ésta se encuentre ubicada, y que sea equilibrado (justo) a lo largo de la escala de poder.
- **Reconocimiento por la labor:** todo miembro de una organización necesita ser reconocido por su labor y aporte a la institución. De no ser así, la persona entra en un proceso de des-motivación.
- **Vacaciones:** las vacaciones son una necesidad absoluta y son parte de las leyes laborales.
- **Aumentos salariales:** estos deben de cumplirse al pie de la letra. Lo mínimo que una institución está en el deber de aumentar es igual o mayor al por ciento de inflación en el país. Ahora bien, este incremento no es un incentivo es otro requerimiento. Se convierte en incentivo cuando el aumento salarial es significativamente mayor que el por ciento de inflación.
- **Movimiento vertical:** las personas trabajan para poder mejorar su posición dentro de la institución o en cualquier gestión que desempeña. Este sentido de superación es innato en el ser humano. Por lo tanto, todo empleado debe de disfrutar de la “oportunidad democrática” de ser ascendido y mejorar su puesto.
- **Seguridad laboral:** Uno de los más importantes aspectos a considerar para que los empleados se mantengan motivados. Cabe aseverar que el “sentido de seguridad” es también un requerimiento, la única diferencia es que este es a escala personal, o sea, una necesidad de todo individuo y muy personal. En la medida que nuestro equipo de trabajo se sienta seguro así será su rendimiento y motivación.

- **Sentirse integrado:** la personas nos tienen forma alguna de evadir la necesidad de sentirse “parte de”. Si la institución no basa su cultura en “trabajo en equipo”, esta debe de tomar las medidas necesarias para que todo el personal se sienta parte de la entidad.

Condiciones laborales del personal de salud en el Perú

Johnson (2011), da una mirada global del funcionamiento del sistema de salud peruano, quien señala que nuestro sistema se ha caracterizado por su centralismo, burocratismo, corrupción, ausencia de participación ciudadana en la formulación y vigilancia de las políticas públicas y falta de respuesta a las heterogéneas necesidades regionales y locales, así como la fragmentación y consiguiente duplicidad de acciones. Además de no se valora al recurso humano, viéndolo como algo material, que es usado mientras es productivo y favorable. En relación a la distribución de los recursos humanos en salud de acuerdo al grupo ocupacional y por institución es diversa teniendo que: el 69% de los trabajadores de salud pertenecen al MINSA, seguido de EsSalud con 24%. Aproximadamente el 44% del total de trabajadores del sistema son profesionales de la salud y el 56% lo constituye el personal no profesional (Johnson 2011).

La OMS y la OPS no establecen un número ideal de personal de salud por habitantes para los diversos países. Lo que hay por parte de estas organizaciones, son recomendaciones. En el caso de Perú sugieren que el número de personal de salud debería ser mínimamente el doble de los que se encuentran ahora laborando de manera activa.

Tenemos como referencia los siguientes datos, de acuerdo a ello podemos deducir el número de personal de salud con el que se debería contar.

Personal de salud	Cada 1000 habitantes
Médicos	1
Enfermeras	1

Obstetras	2
Odontólogos	2
Téc. en Enfermería	1
Téc. en Laboratorio	1

Diversos estudios han demostrado que esta cantidad no es suficiente para atender las necesidades de salud del país, pero además de esta insuficiente cantidad, la mayoría de los profesionales de salud en las capitales de los departamentos. Pudiendo llegar a la conclusión de que el personal de salud tiene sobrecarga de trabajo.

En el Perú aproximadamente el 95% de la fuerza laboral en salud, labora en instituciones del sector público, donde los salarios e incentivos examinados como parte de las condiciones de trabajo especialmente en zonas de difícil acceso geográfico y menor desarrollo, no son las mejores por lo que se ha ido perdiendo personal, debido a que los incentivos son bajos y no compensan sus necesidades.

Procesos de ingreso, selección y reclutamiento de recursos humanos

Los procesos de ingreso, selección y reclutamiento de recursos humanos en salud se desarrollan de acuerdo con los regímenes laborales en que están comprendidos, siendo estos los siguientes:

a. Régimen laboral público

Regulado por el Decreto Legislativo N° 276 – Ley de Bases de la Carrera en Salud y su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 005-90-PCM16. Se establece en su primer artículo, como un conjunto de principios, normas y procesos que regulan el ingreso, los derechos y los deberes que corresponden a los servidores públicos que con carácter estable prestan servicios de naturaleza permanente en la institución.

El personal sea nombrado o contratado debe cumplir con una serie funciones:

- Jornada máxima de trabajo es especial en relación a la jornada máxima vigente para el resto de trabajadores, cuyo tiempo es de 48 horas semanales.
- Las guardias son una alteración de la jornada típica de trabajo, que consiste en la acumulación de horas en una sola jornada (acumulativa), que es compensada por un valor de hora superior, más un descanso al día siguiente.
- Realización de horas extras.

La remuneración es un elemento de la relación laboral; la remuneración que recibe el personal de salud es baja, en relación a la demanda de funciones y responsabilidades que este debe cumplir.

b. Régimen laboral privado

Regulado por el Decreto Legislativo N° 72817, desarrollado en el marco de la Ley de Fomento al Empleo y su Reglamento, aprobado este último por el Decreto Supremo N° 001-96-TR.

Este Régimen laboral en lo que corresponde a la selección presenta un perfil más flexible que la del régimen público. Sin embargo, el proceso de reclutamiento se desarrolla bajo procedimientos similares a los del régimen público, presentando las mismas limitaciones de aplicación.

Este grupo de recursos humanos carecen de beneficios, con horarios extendidos –conocimiento de horario de entrada pero no el de salida–, superando casi siempre las 10 horas laborales diarias y en otros las 12 horas, la incertidumbre en las renovaciones de los contratos que se dan cada tres meses en la mayoría de los casos y en otros en forma mensual, al no contemplarse vacaciones, seguro social, descanso médico o cualquier otro beneficio mínimo.

1.3. HIPÓTESIS

- Las condiciones laborales guardan relación con el Síndrome de Burnout, en los profesionales y no profesionales de salud que laboran en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio. 2013
- Las condiciones laborales no guardan relación con el Síndrome de Burnout, en los profesionales y no profesionales de salud que laboran en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio. 2013

1.4. VARIABLES

1.4.1. Variable independiente

Condiciones laborales

Definición conceptual: Son todas aquellas circunstancias de trabajo, en el aspecto físico, jurídico, económico y social y dentro de las cuales se desenvuelven como trabajadores el personal profesional y no profesional del Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota (Ramos y Domínguez 2006).

Indicadores

- **Estabilidad laboral**
 - ✓ Nombrado
 - ✓ Contratado
- **Área de trabajo**
 - ✓ Triaje
 - ✓ Emergencia
 - ✓ Hospitalización

- ✓ Sala de operaciones
- ✓ Consultorios externos
- ✓ Laboratorio
- ✓ Farmacia
- ✓ Otro

- **Profesión / ocupación**

- ✓ Médico
- ✓ Biólogo(a)
- ✓ Enfermera (o)
- ✓ Obstetra
- ✓ Técnico de enfermería
- ✓ Técnico de laboratorio
- ✓ Otra

- **Tiempo de trabajo en la institución**

- ✓ 1 – 5 años
- ✓ 5- 10 años
- ✓ De 10 años a más

- **Tiempo de experiencia laboral**

- ✓ 1 – 5 años
- ✓ 5- 10 años
- ✓ De 10 años a más

- **Turnos de trabajo**
 - ✓ Diurno
 - ✓ Nocturno
 - ✓ Mixto
 - ✓ Otro

- **Horas de trabajo diario**

- **Horario de trabajo asignado**
 - ✓ Siempre es adecuado
 - ✓ A veces es adecuado
 - ✓ Nunca es adecuado

- **Percepción del ambiente físico de trabajo (infraestructura)**
 - ✓ Buenas condiciones
 - ✓ Regulares condiciones
 - ✓ Malas condiciones

- **Función que realiza**
 - ✓ Asistencial
 - ✓ Administrativa
 - ✓ Investigación
 - ✓ Docente

- **Beneficios recibidos**
 - ✓ Capacitación
 - ✓ Ascensos
 - ✓ Seguro de vida (enfermedad, lactancia, maternidad)
 - ✓ Otros

- **Atenciones por turno**
 - ✓ Menos de 20
 - ✓ Más de 20

- **Ingreso económico mensual (en soles)**
 - ✓ Menos de 1000
 - ✓ 1000 – 2000
 - ✓ Más de 2000

- **Tiene otra fuente de ingresos económicos**
 - ✓ Si
 - ✓ No

- **Inversión de sus ingresos económicos**

- **Dificultades laborales**
 - ✓ Siempre
 - ✓ Frecuentemente
 - ✓ A veces
 - ✓ Nunca

- **Accidentes laborales**
 - ✓ Si
 - ✓ No

- **Relaciones interpersonales:**
 - ✓ Excelente
 - ✓ Buena
 - ✓ Regular
 - ✓ Mala

- **Problemas que presenta con mayor frecuencia**
 - ✓ Baja remuneración
 - ✓ Inestabilidad laboral
 - ✓ Conflictos interpersonales

- **Percepción de satisfacción en su trabajo**
 - ✓ Siempre
 - ✓ Frecuentemente
 - ✓ A veces
 - ✓ Nunca

- **Realización de actividades de esparcimiento**
 - ✓ Siempre
 - ✓ Frecuentemente
 - ✓ A veces
 - ✓ Nunca

- **Tipo de actividades de esparcimiento**
 - ✓ Deportivas
 - ✓ Religiosa
 - ✓ Culturales
 - ✓ Otras

1.4.2. Variable Dependiente

Manifestaciones del Síndrome de Burnout.

Definición conceptual:

- **Manifestaciones del Síndrome de Burnout:** es la comunicación o exteriorización de un estado de ánimo o un sentimiento que se da como respuesta a un estrés emocional (Gil – Monte 2000).

Indicadores:

- **Cansancio emocional:** es la primera fase del Síndrome de Burnout, caracterizada por una progresiva pérdida de las energías vitales.
 - ✓ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
 - ✓ Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
 - ✓ Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
 - ✓ Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
 - ✓ Me siento "quemado" por mi trabajo.
 - ✓ Me siento frustrado en mi trabajo.
 - ✓ Creo que estoy trabajando demasiado.
 - ✓ Trabajar directamente con personas me produce estrés.
 - ✓ Me siento acabado.
- **Despersonalización:** es la segunda fase donde la persona muestra sentimientos de impotencia y desesperanza personal, tratando de ocultarlo tras una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento.
 - ✓ Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
 - ✓ Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.

- ✓ Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
 - ✓ Realmente no me preocupa lo que le ocurre a los pacientes.
 - ✓ Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.
- **La Falta de Realización Personal:** es la tercera fase del síndrome donde se muestra pérdida de ideales, apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas.
 - ✓ Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
 - ✓ Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
 - ✓ Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
 - ✓ Me siento muy activo.
 - ✓ Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los pacientes.
 - ✓ Me siento estimulado después de trabajar con los pacientes.
 - ✓ He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.
 - ✓ En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

Se considera de importancia en la investigación tener en cuenta algunas características sociodemográficas del grupo de estudio como referenciales para comprender el objeto del estudio.

1.4.3. Variable interviniente:

Características sociodemográficas

Definición conceptual: son las condiciones biopsicosociales que caracterizan a los individuos (Gil Monte 2000).

Indicadores:

- **Sexo:**
 - ✓ Masculino
 - ✓ Femenino
- **Religión**
 - ✓ Católica
 - ✓ No Católica
- **Edad:**
 - ✓ 20 – 25 años
 - ✓ 25 – 30 años
 - ✓ 30 – 35 años
 - ✓ 35 años a más
- **Estado civil:**
 - ✓ Soltero(a)
 - ✓ Casado(a)
 - ✓ Conviviente
 - ✓ Divorciado(a)
 - ✓ Viudo(a)
- **Nivel de instrucción**
 - ✓ Superior técnica
 - ✓ Superior universitaria

- **Lugar de procedencia**
- **Lugar de residencia**
- **Actualmente vivo solo**

- ✓ Si
- ✓ No

Composición familiar

- ✓ Relación conyugal
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Nivel de escolaridad
- ✓ Ocupación

- **Número de hijos**

- ✓ 1 – 3
- ✓ 4 - 5
- ✓ 6 a más
- ✓ No tiene

CAPITULO III

METODOLOGIA.

1.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo analítico. Estuvo dirigido a reconocer el fenómeno en su forma natural y recoger información para analizar de modo sistemático las variables de estudio, y determinar la relación entre estas: Condiciones laborales (VI) y Síndrome de Burnout (VD).

Por su tiempo de administración y recolección de datos, es de tipo transversal, ya que su propósito fue describir las variables y analizarlas en un determinado momento.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital José Soto Cadenillas, que se encuentra ubicado en el Jr. Ezequiel Montoya N° 718, en la provincia de Chota del departamento de Cajamarca, tiene 45 años de funcionamiento. Esta institución cuenta con profesionales y no profesionales de la salud, siendo un total de 119.

En este establecimiento de salud se brinda atención en servicios de: emergencia, hospitalización, consultorios externos, exámenes de laboratorio, farmacia, entre otros; a la población en general.

Además es una institución que brinda apertura al desempeño de la labor docente, de carreras como enfermería y otras a fines.

1.3. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo constituida por los profesionales y no profesionales de salud que laboran en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Número de personal profesional: 67

Número de Personal no profesional: 52

1.4. MUESTRA

El tamaño de la muestra se estableció con un nivel de confianza del 90% y un error relativo de 10%, en los profesionales y no profesionales de salud que laboran en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota durante Marzo – Julio 2013.

Aplicándose la fórmula para población finita.

$$\text{Muestra (n)} = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

N: Tamaño de la población.

Z: Coeficiente de confianza de la distribución normal de estándar (1.96)

p: Proporción de la población = 0.2

q: Proporción de la población no afectada = 0.8

d: Error o precisión (0.1)

n: Tamaño de la muestra

La técnica de muestreo seleccionada fue la del muestreo probabilístico aleatorio simple que consiste en extraer una parte (muestra) de una población o universo, basándose en el principio de

equiprobabilidad, donde cada uno de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra; asegurando de esta manera la representatividad de la muestra extraída.

La muestra representativa de la población obtenida es:

- N° personal profesional: 32
- N° de personal no profesional: 28

1.5. UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis estuvo conformada por:

Cada uno de los profesionales y no profesionales de la salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, de la muestra representativa.

1.6. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación estuvo dada por el contexto que rodea a la unidad de análisis en el estudio.

1.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1.7.1 Criterios de inclusión:

- Todos los profesionales y no profesionales de salud que se encuentren laborando de manera estable y continua (tiempo de trabajo en la institución sea más de un año), en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

- Personal profesional y no profesional de salud que acepten voluntariamente ser partícipes del presente estudio.

1.7.2 Criterios de Exclusión:

- Profesionales de carreras no relacionadas con el sector salud.
- Profesionales y no profesionales que laboren en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013, de manera temporal bajo la modalidad de: prácticas clínicas, internado, SERUMS (tiempo de trabajo en la institución sea menor a un año)
- Profesionales y no profesionales de salud que no acepten voluntariamente participar del estudio.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

La Técnica utilizada fue la entrevista personalizada; los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario de preguntas estructuradas y el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Para obtener información confiable, se dio a conocer a los encuestados, que los cuestionarios son anónimos y que los datos proporcionados son estrictamente confidenciales, considerando así los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia.

1.8.1. Entrevista: tuvo una duración aproximada de 20 minutos por cada participante.

1.8.2. Cuestionario elaborado: fue construido por los investigadores, consta de 32 preguntas abiertas y cerradas.(Ver Anexo I)

1.8.3. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI): (Ver Anexo II)

1.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Los instrumentos como: Cuestionario elaborado por los investigadores, se sometió a las pruebas de validez y confiabilidad, mientras que el cuestionario de **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, fue adecuado al contexto en el que iba a ser aplicado.

La prueba piloto se llevó a cabo en el Centro de Salud de Lajas, que se encuentra ubicado en el distrito de Lajas de la provincia de Chota, dicho establecimiento cuenta con un número de 6 profesionales de salud y 5 no profesionales de la salud.

Los instrumentos, se sometieron al juicio de expertos, este fue dado por las M. Cs. Ruth Villanueva Cotrina y Rosa Yturbe Pajares. Como resultado del juicio de expertos y prueba piloto obtuvimos observaciones y correcciones, para mejorar los cuestionarios en cuanto a su estructura y contenido.

1.10. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

1.10.1. Procesamiento: luego de la recolección manual de la información, esta fue codificada y digitada para su procesamiento estadístico. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, en el cual se realizó el vaciado de datos y se consolidó la información.

1.10.2. Análisis cuantitativo: el análisis de los datos obtenidos se realizó en base a la escala establecida por el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), además de contrastar los resultados con la fuente bibliográfica.

Además de realizar el análisis de estadística descriptiva (porcentajes) y el análisis a través de la estadística inferencial, utilizando la prueba chi cuadrado, para probar la relación entre variables cuando se tiene tablas de contingencia

1.10.3. Presentación: Los datos una vez procesados, son presentados en cuadros, que permiten tener una visión general de lo obtenido.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.1: Características sociodemográficas del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Características	Profesionales		No Profesionales		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	
Sexo	Masculino	17	53,1	12	42,9	29	48,3
	Femenino	15	46,9	16	57,1	31	51,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Religión	Católica	29	90,6	26	92,9	55	91,7
	No católica	3	9,4	2	7,1	5	8,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Edad	20 – 25 años	1	3,1	1	3,6	2	3,3
	25 – 30 años	2	6,3	3	10,7	5	8,3
	30 – 35 años	5	15,6	8	28,6	13	21,7
	35 años a más	24	75,0	16	57,1	40	66,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Estado civil	Soltero(a)	4	12,5	9	32,1	13	21,7
	Casado(a)	11	34,4	10	35,7	21	35,0
	Conviviente	16	50,0	8	28,6	24	40,0
	Divorciado(a)	1	3,1	1	3,6	2	3,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Nivel de instrucción	Superior técnica	0	0,0	26	92,9	26	43,3
	Superior universitaria	32	100,0	2	7,1	34	56,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

En la tabla observamos que el (53,1%) de profesionales son de sexo masculino, tienen más de 35 años de edad (75 %), son de estado civil convivientes y creyentes de la religión católica (90,6 %). En los no profesionales tenemos las siguientes características: de sexo femenino (57,1 %), de estado civil casados (35,7 %) y practicantes de la religión católica (92,9 %). Cabe resaltar la presencia mayoritaria del sexo femenino en el personal no profesional, que responde a estereotipos culturales imperantes en nuestra

sociedad, los cuales designan a la mujer menos posibilidades de aspirar a una profesión de nivel superior.

Rescatando estas características y, siendo el objetivo del estudio determinar los niveles del síndrome de Burnout en los grupos de estudio, se coincide con **Garland (2004)**, al deducir que probablemente las mujeres del estudio, con menos posibilidades de preparación, sean más propensas a manifestar algunas características de este síndrome, debido a que por su misma conformación biológica y genética tienden con mayor facilidad al estrés y la depresión, y son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres. En el estudio se registra un gran porcentaje de mujeres profesionales y no profesionales. Sin dejar de resaltar, que este análisis precisa de mayor profundidad, toda vez que tanto en hombres como en mujeres trabajadores, influyen también las demandas familiares, los ingresos y otros requerimientos del hogar y de la familia.

También **Mingote y Pérez (2003)**, en cuanto al nivel de instrucción refieren que las personas que cuentan con un título profesional, perciben a este como un factor de protección, este autor coincide con quienes aseguran que la edad y el género si establecen diferencias en el nivel del síndrome de Burnout. El estudio registra la mayoría de población, profesionales y no profesionales en edad productiva, es decir por encima de los 30 años de edad, **Talavera (2004)**, refiere que los profesionales mayores de 30 años de edad asumen las responsabilidades con mayor interés, debido a que sienten la necesidad de tener mayor reconocimiento por su trabajo y por ende una mejora económica. En este proceso de análisis, podríamos manifestar, sin embargo, que aunque la edad parece no influir directamente en la aparición del síndrome de Burnout, se considera que puede existir un periodo de sensibilidad debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas

Tabla 1.2: Características sociodemográficas del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Características	Profesionales		No Profesionales		Total		
	n°	%	n°	%	n°	%	
Lugar de Procedencia	Cajamarca	25	78,1	24	85,7	49	81,7
	Lambayeque	4	12,5	3	10,7	7	11,7
	Trujillo	3	9,4	1	3,6	4	6,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Lugar de Residencia	Chota	32	100,0	28	100,0	60	100,0
	Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Actualmente vive solo	Si	8	25,0	7	25,0	15	25,0
	No	24	75,0	21	75,0	45	75,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Composición familiar	Esposos (a)	6	18,8	7	25,0	13	21,7
	Esposos (a)/hijos (as)	15	46,9	7	25,0	22	36,7
	Hijos/hijas	2	6,3	3	10,7	5	8,3
	Padres	0	0,0	2	7,1	2	3,3
	Sobrinos, otros	1	3,1	2	7,1	3	5,0
	Vive solo	8	25,0	7	25,0	15	25,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Número de hijos	De 1 a 3	23	71,9	24	85,7	47	78,3
	De 4 a 5	4	12,5	0	0,0	4	6,7
	De 6 a más	1	3,1	0	0,0	1	1,7
	No tiene	4	12,5	4	14,3	8	13,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

Los resultados de la tabla muestran que el personal profesional y no profesional, proceden del departamento de Cajamarca (78,1 %; 85,7 %, respectivamente) y residen en la provincia de Chota (100 %), no viven solos (75 %) y tienen de 1 a 3 hijos (78,3 %).

Se tomó como parte de las características sociodemográficas a las variables de lugar de procedencia y residencia, debido a que hacen referencia a si las personas son de otros lugares y/o residen en la ciudad de Chota, hechos que

favorecen la estabilidad emocional y familiar, conjuntamente con el hecho de que no viven solos en una gran mayoría. El investigador **Manzano (2008)**, menciona que la estructura familiar engloba al trabajador; que las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Síndrome de Burnout debido a que el sujeto está en constante interacción con la familia, esto hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Sin embargo, es un hecho que también lo argumenta el autor, respecto a que un número mayor de hijos en el hogar significa mayor nivel de estrés familiar que deriva en un mayor nivel de estrés personal y ocupacional. No puede pasar desapercibido el hecho de que la mayoría de familias tengan 3 hijos, lo que significa tener en el hogar 5 personas que requieren de la satisfacción de necesidades básicas mínimas y, teniendo en cuenta los altos costos de vida actuales, las canastas familiares no lo cubren, hecho que se puede convertir en un gran factor de riesgo del síndrome de Burnout.

Tabla 2.1: Condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Condiciones laborales		Profesionales		No Profesionales		Total	
		nº	%	nº	%	nº	%
Estabilidad laboral	Nombrado	18	56,3	18	64,3	36	60,0
	Contratado	14	43,8	10	35,7	24	40,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Área de trabajo	Triaje	1	3,1	1	3,6	2	3,3
	Emergencia	5	15,6	6	21,4	11	18,3
	Hospitalización	17	53,1	13	46,4	30	50,0
	Sala de operaciones	4	12,5	1	3,6	5	8,3
	Consultorios externos	2	6,3	5	17,9	7	11,7
	Laboratorio	2	6,3	2	7,1	4	6,7
	Farmacia	1	3,1	0	0,0	1	1,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Profesión/ocupación	Médico	4	12,5	0	0,0	4	6,7
	Biólogo(a)	4	12,5	0	0,0	4	6,7
	Enfermera (o)	16	50,0	0	0,0	16	26,7
	Obstetra	5	15,6	0	0,0	5	8,3
	Técnico de enfermería	0	0,0	25	89,3	25	41,7
	Técnico de laboratorio	0	0,0	2	7,1	2	3,3
	Otro	3	9,4	1	3,6	4	6,7
Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0	
Tiempo de trabajo	De 1 a 5 años	15	46,9	11	39,3	26	43,3
	De 5 a 10 años	7	21,9	3	10,7	10	16,7
	De 10 a más años	10	31,3	14	50,0	24	40,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Tiempo de experiencia	De 1 a 5 años	6	18,8	9	32,1	15	25,0
	De 5 a 10 años	4	12,5	2	7,1	6	10,0
	De 10 a más años	22	68,8	17	60,7	39	65,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

La tabla nos muestra que el (56,3%) de profesionales son nombrados, laboran en el área de hospitalización (53,1%), son enfermeras (os) (50%), su antigüedad de trabajo en la institución es entre 1 y 5 años (46,9%), teniendo como experiencia en su desarrollo profesional de 10 años a más (68,8%). En el personal no profesional observamos que el (64,3%), laboran en el área de hospitalización (46,4%), son técnicos en enfermería (89,3%), su antigüedad de tiempo de trabajo en la institución es de 10 años a más (60,7%).

No obstante, que las condiciones de trabajo de los profesionales y no profesionales tengan características de aceptables, es preocupante que porcentajes representativos de los dos grupos (43,8 %, 35,7 % respectivamente), no tengan la condición de nombrados que significaría alguna estabilidad laboral. Estas cifras son representativas de la gran población trabajadora peruana, el personal de salud contratado está supeditado a la renovación anual de dicho contrato, situación que produce una inestabilidad laboral y que puede constituirse en una causa para presentar el Síndrome de Burnout.

Nogareda (2006), refiere que la inestabilidad laboral como: un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional y el desgaste físico es alto, hace propensas a las personas a desarrollar el síndrome. En los grupos de estudio el espacio donde desarrollan su labor es la asistencial en hospitalización (53,1, 46,4 %, respectivamente), siendo este servicio el que presenta mayores características de riesgo para la salud física, mental y emocional de los trabajadores, toda vez que se trata de la atención directa a pacientes con enfermedades que requieren hospitalización y/o intervenciones quirúrgicas que son situaciones de salud - enfermedad que requieren de mucha atención por parte del personal profesional y no profesional, para el caso de médicos, enfermeras y técnicos, particularmente.

El estudio de **García (2011)**, "Riesgos Ergonómicos y Síndrome de Desgaste Profesional en Enfermeras (os) de la Sub Región de Salud de Chota", encontró de que la mayoría de personas encuestadas presentaron un nivel medio de Riesgo Ergonómico con tendencia al Síndrome de Desgaste Profesional.

En cuanto a la antigüedad profesional, algunos autores como **Nogareda (2006)** encuentran una relación positiva con el síndrome de Burnout, manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional, período de adaptación, y los mayores de 10 años de experiencia, por el desgaste físico, emocional y las decepciones en el trabajo. En el estudio, parece ser que los profesionales y no profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Síndrome de Burnout presentaron, lo que significaría, estados de equilibrio emocional en el trabajo y un rendimiento óptimo en las funciones. Este aspecto requiere ser estudiado a profundidad para tener conclusiones acertadas y trabajar por ello en las instituciones públicas de este tipo, donde se presta atención a personas, dentro de un contexto hospitalario con muchas deficiencias que son identificadas a nivel nacional.

Auscultando un poco más respecto a la característica profesional y no profesional (técnico en el campo) en los grupos de estudio, como se mencionaba anteriormente, es posible que en los profesionales se crea un tipo de protección o cierto nivel de seguridad, debido a que cuentan con un título profesional, mientras mayor sea su preparación y la obtención de grados académicos esta seguridad aumenta. Esto se ve contrarrestado por el personal no profesional, en el sentido de que ellos consideran que por la naturaleza de sus funciones, las responsabilidades y los riesgos que asumen ante ciertas decisiones no son tan grandes y quizás que su trabajo no es tan valorizado, por lo que pueden presentar manifestaciones del síndrome de Burnout de hecho, la capacitación en una ocupación da seguridad y, es mejor valorizado por la misma persona y, por la sociedad en general.

Tabla 2.2: Condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Condiciones laborales		Profesionales		No Profesionales		Total	
		n°	%	n°	%	n°	%
Turnos de trabajo	Diurno	2	6,3	6	21,4	8	13,3
	Mixto	30	93,7	22	78,6	52	86,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Horas de trabajo diario	Menos 8 horas	16	50,0	24	85,7	40	66,7
	Más de 8 horas	16	50,0	4	14,3	20	33,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Horario de trabajo asignado	Siempre es adecuado	22	68,8	19	67,9	41	68,3
	A veces es adecuado	9	28,1	9	32,1	18	30,0
	Nunca es adecuado	1	3,1	0	0,0	1	1,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Percepción del ambiente físico de trabajo	Buenas condiciones	1	3,1	3	10,7	4	6,7
	Regulares condiciones	29	90,6	24	85,7	53	88,3
	Malas condiciones	2	6,3	1	3,6	3	5,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Función que realiza	Asistencial	30	93,7	27	96,4	57	95,0
	Administrativa	2	6,3	1	3,6	3	5,0
	Total	32	100,0	28,0	100,0	60	100,0
Beneficios laborales recibidos	Capacitación	6	18,8	8	28,6	14	23,3
	Ascensos	0	0,0	1	3,6	1	1,7
	Seguro de vida	15	46,9	4	14,3	19	31,7
	Ninguno	11	34,4	15	53,6	26	43,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Atenciones por turno	Menos de 20	21	65,6	24	85,7	45	75,0
	Más de 20	11	34,4	4	14,3	15	25,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

Los resultados de la tabla muestran características semejantes en los grupos de estudio profesionales y no profesionales. Estas características se refieren a

turnos de trabajo mixtos (93,7 % y 78,6 %), trabajo de 6 a 8 horas por turno (100% y 100 %), consideran que el horario asignado siempre es adecuado (68,8% y 67,9 %), perciben que su ambiente físico de trabajo está en regulares condiciones (90,6 % y 85,7%), desempeñan la función asistencial (93,7 % y 96,4%), atienden a menos de 20 pacientes por turno (65,6% y 85,7%). Las diferencias se muestran en el aspecto de beneficios laborales recibidos que para los profesionales les significa el seguro de vida (46,9%) y para los no profesionales la capacitación (28,6%). Preocupante en todos estos resultados, los porcentajes significativos de no gozar de ningún beneficio laboral recibido en ambos grupos de estudio (34,4 %; 53,6 %).

Autores como **Biot (2006)**, encuentran una estrecha relación entre la estabilidad laboral y la recepción de beneficios por parte de la institución empleadora; en el estudio es posible que el personal contratado manifieste su descontento y desinterés en el desarrollo de sus actividades, como consecuencia de no contar con estabilidad laboral mucho menos con beneficios. En tanto, es una situación de mucha alerta el hecho de que en el estudio el porcentaje de personal profesional y no profesional que no recibiera beneficios como capacitación, ascensos sea muy representativo y, sobre todo teniendo en cuenta que los fines actuales de las instituciones de salud, particularmente, es brindar atención de calidad, la que se puede desarrollar si se cuenta con personal capacitado, preparado y sobre todo con sus beneficios que estimulen su labor asistencial u otra dentro de la institución de salud.

En cuanto a las horas de trabajo, el estudio reporta que en el grupo de profesionales el 50% labora más de 8 horas por turno (laboran las 6 horas correspondientes a su turno, y un promedio de 2 horas más debido a que su trabajo se extiende por las múltiples responsabilidades que desarrollan, sabiendo que estas horas no son remuneradas). En nuestro país las horas de trabajo del personal de salud se encuentra establecido en cada una de las leyes que rigen los deberes y derechos de cada uno de ellos, rescatando que no deberían superar las 6 horas de trabajo por turno (a excepción de guardias). **Quiroz y Saco (1999)**, manifiestan que cuando las horas de trabajo se extienden por encima del horario establecido, a causa de un desajuste en

las demandas laborales, recursos humanos y materiales, se generan situaciones de exceso de demanda y escasez. Este sobreesfuerzo donde la persona trata de dar una respuesta emocional al desajuste al que está sometido, motiva la aparición de síntomas emocionales como irritabilidad y tensión, convirtiéndose esta característica en un factor de estrés que conlleva a la persona a desarrollar el síndrome de Burnout.

El investigador **Juaneda (2009)**, resalta que el trabajo por turnos y, en especial, el nocturno facilita la presencia del síndrome de Burnout. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, aparecen las quejas de salud, insatisfacción laboral, entre otros. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo y, estos aspectos deben ser considerados como prioridad a registrarse en los formatos de contratos laborales, sobre todo en las instituciones donde se tiene como objeto de atención a personas, como es el caso de los centros, puestos y hospitales.

De otro lado, uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales, en este caso la función que desempeña el personal de salud, particularmente, que puede ser: asistencial, administrativo, docente e investigación. Cuando esto no se maneja adecuadamente, debido a jornadas laborales extensas, exceso de responsabilidades en el servicio, falta de reconocimiento o beneficios a la labor, entre otros, conlleva al estrés del rol/funciones o competencias, dicho estrés se manifiesta por tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo, incluso a considerar ese servicio como un simple medio de sobrevivencia. Estos aspectos no vienen siendo tomados en cuenta en las instituciones de salud, particularmente, por lo que frecuentemente se observan los despidos del personal. Probablemente, estas situaciones se constituyen en situaciones de riesgo para que el personal de salud profesional y no profesional presente el síndrome de Burnout.

Garcés (2000), menciona que la mayoría de profesionales que se dedican al cuidado de personas o a una interacción directa con ellos, en este caso el personal de salud, son proclives al Síndrome de Burnout, muchos de ellos realizan actividades laborales fuera del horario de trabajo, lo que está relacionado con una inadecuada programación del horario y por la insuficiencia de personal.

En el estudio, no obstante que los datos reflejan que en su mayoría, ambos grupos de estudio, se encuentren trabajando en un ambiente que tiene regulares condiciones de funcionamiento, es importante resaltar que para el buen desempeño laboral, el ambiente físico, estructura en general, equipamiento y material, iluminación y ventilación, entre muchos otros, deben ser de óptimas características, con la finalidad de proporcionar una atención de calidad, sin embargo en el contexto de estudio, al igual que en otras realidades hospitalares, lo que se observa es deficiencia en estos aspectos lo que deriva en sentimientos de preocupación, impotencia, preocupación, ansiedad y estrés en el personal del servicio. Estas situaciones, podemos decirlo con seguridad se constituyen en situaciones de riesgo para que el personal presente el síndrome de Burnout, que no viene siendo evaluado, mucho menos prevenido.

Tabla 2.3: Condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Condiciones laborales	Profesionales		No Profesionales		Total		
	n°	%	n°	%	n°	%	
Ingreso económico mensual	Menos de 1000	0	0,0	17	60,7	17	28,3
	De 1000 a 2000	25	78,1	11	39,3	36	60,0
	Más de 2000	7	21,9	0	0,0	7	11,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Otra fuente de ingreso	Si	8	25,0	2	7,1	10	16,7
	No	24	75,0	26	92,9	50	83,3
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Invierte sus ingresos económicos: necesidades básicas.	Si	31	96,9	28	100,0	59	98,3
	No	1	3,1	0	0,0	1	1,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Dificultades laborales	Siempre	0	0,0	1	3,6	1	1,7
	Frecuentemente	3	9,4	3	10,7	6	10,0
	A veces	23	71,9	23	82,1	46	76,7
	Nunca	6	18,8	1	3,6	7	11,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Accidentes laborales	Si	11	34,4	7	25,0	18	30,0
	No	21	65,6	21	75,0	42	70,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

En la tabla se muestran resultados divergentes en relación a las variables estudiadas, debido a las mismas características de diferenciación que existen entre profesionales y no profesionales. Así, en cuanto a los profesionales, en forma general se observa que cuentan con un ingreso económico por encima de los mil soles (100%), siendo este ingreso menor a mil soles en más del 50% de los no profesionales (60,7%), el 96,3% manifestó que invierte sus ingresos económicos para solventar sus necesidades básicas. En ambos grupos, se encontró que no tienen otra fuente de ingreso (75 % y 92,9%, respectivamente), y solo a veces presentan dificultades laborales que no pueden resolverlas (71,9 % y 82,1 %, respectivamente) y, no han sufrido accidentes laborales (65,6 % y 75 %, respectivamente).

Los profesionales que manifestaron tener otra fuente de ingreso (25 %), hicieron referencia a que contaban con otra profesión, que eran docentes en alguna universidad, que ejercían su profesión en entidades privadas o que contaban con un negocio propio.

Auscultando el aspecto económico, todas las personas encuestadas respondieron que destinan sus ingresos económicos a gastos del hogar, para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud y educación. Las condiciones retributivas como el salario es reconocida como un factor de riesgo de desgaste, esto está relacionado con otras variables como la carga familiar, el número de hijos, entre otros. Sabemos que cada persona es única y afronta realidades diferentes, en las que la situación económica toma mayor o menor importancia. En el estudio, no se mencionan respuestas que verifiquen la utilización de parte de los ingresos económicos en actividades de recreación, por ejemplo y, cuando se ausculta en la siguiente tabla (2.4) la mayoría de profesionales y no profesionales manifiestan que la baja remuneración es un problema frecuente y grave.

Rescatando los resultados de dificultades laborales que, en ambos grupos mostraron resultados significativos en el ítem a veces, posiblemente estas se referían sobre todo a los riesgos en el ejercicio del trabajo, como los accidentes laborales que fueron causados por objetos punzocortantes, caídas y accidentes de tránsito cuando realizaban labores propias de su trabajo.

La experiencia muestra que, las personas que trabajan día a día viven y experimentan cosas nuevas, y es normal que presenten dificultades laborales, estas situaciones se tornan en un problema cuando la persona las presenta con gran frecuencia y aunado a ello considera que no puede darles solución. En todo lugar donde nos encontremos dependiendo o no del trabajo que desarrollemos siempre estamos expuestos a riesgos potenciales, los llamados accidentes laborales, que en el personal de salud se caracterizan por ser causados por objetos punzocortantes, caídas, contaminación por sustancias químicas y biológicas. Estas situaciones, pueden constituirse en factores de riesgo para que el personal de salud presente síndrome de Burnout, sobre todo

en aquellos trabajadores que deben manipular material peligroso o que deben involucrarse directamente en la atención directa a los pacientes.

Tabla 2.4: Condiciones laborales del personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Condiciones laborales	Profesionales		No Profesionales		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	
Relaciones interpersonales:	Excelente	4	12,5	0	0,0	4	6,7
	Buena	26	81,3	24	85,7	50	83,3
	Regular	2	6,3	4	14,3	6	10,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Tipo de problemas que presenta con mayor frecuencia	Baja remuneración	19	59,4	23	82,1	42	70,0
	Inestabilidad laboral	9	28,1	2	7,1	11	18,3
	Conflictos interpersonales	4	12,5	3	10,7	7	11,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Percepción de satisfacción en su trabajo	Siempre	19	59,4	18	64,3	37	61,7
	Frecuentemente	8	25,0	6	21,4	14	23,3
	A veces	5	15,6	4	14,3	9	15,0
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Realización de actividades de esparcimiento	Siempre	3	9,4	6	21,4	9	15,0
	Frecuentemente	3	9,4	7	25,0	10	16,7
	A veces	18	56,3	7	25,0	25	41,7
	Nunca	8	25,0	8	28,6	16	26,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0
Tipo de actividades de esparcimiento	Deportivas	16	50,0	9	32,1	25	41,7
	Religiosas	1	3,1	2	7,1	3	5,0
	Culturales	5	15,6	7	25,0	12	20,0
	Otras	1	3,1	0	0,0	1	1,7
	Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

Podemos observar que el personal profesional y no profesional (81,3%, 85,7 %) mantienen buenas relaciones interpersonales en su institución; el problema que ambos grupos presentan con mayor frecuencia es la baja remuneración (59,4% y 82,1%), igualmente siempre están satisfechos en su trabajo (59,4% y 64,3%) y, a veces realizan actividades de esparcimiento, siendo estas las deportivas, particularmente en el grupo de profesionales (6,3%), siendo los no profesionales los que nunca realizan actividades de esparcimiento (28,6%).

Varios autores explican la importancia de las buenas relaciones interpersonales como condicionantes de un buen desempeño profesional y, por ende un servicio de calidad, particularmente en las instituciones de servicios en salud, como son los hospitales, centros de salud y otros. **Juárez-García (2007)**, por ejemplo, refiere que las relaciones interpersonales influyen en el trabajador en cuanto a su desempeño laboral, manifiesta que estas no solo deben ser buenas con los compañeros de trabajo sino también con supervisores, estudiantes, pacientes, e incluso familiares de los pacientes.

Rodríguez y Dei (2002), por su parte refieren que la satisfacción laboral tomada como una actitud, se compone, como todas las actitudes de tres elementos: cognitivo, afectivo y conativo. El componente cognitivo se refiere a las creencias, valores y hábitos que la persona tiene hacia su trabajo; el afectivo, a los sentimientos y emociones; finalmente, el conativo se refiere a la predisposición de comportarse de cierta manera hacia los diversos aspectos del trabajo. La satisfacción va a depender del ambiente laboral y de las posibles dificultades que la persona presente y de la frecuencia de estas.

En el presente estudio, se pudo constatar que la principal dificultad que presenta el personal de salud, profesional y no profesional, está relacionada a la baja remuneración económica, por lo que esta situación es posible factor determinante del síndrome de Burnout, ya que deriva en privaciones, limitaciones de crecimiento económico, falta de oportunidades de desarrollo, personal, familiar y comunitario, entre otros. Es necesario reconocer que todo esto viene siendo, consecuentemente, determinado porque a partir de que, en el mundo actual y, consideramos que por siempre desde la aparición del modelo de desarrollo capitalista en los países, lo económico y material es la columna de todas las actividades de desarrollo socioeconómico, el que condiciona el desarrollo socioeconómico, de las familias, comunidades y todo organismo social. El autor **Langton (2001)** resalta, que el factor económico es y ha sido preponderante para el desarrollo del síndrome de Burnout ya que está asociado a variables como la carga familiar, entre muchas más, responsabilidades que demandan un alto gasto económico.

Con respecto a las actividades de esparcimiento en la institución, como ya se mencionó anteriormente las personas refirieron que las realizan a veces y son de tipo deportivas. **Nogareda, (2006)**, los lugares de trabajo requieren ser cuidadosamente concebidos para que el trabajo se pueda realizar de manera segura y saludable, facilitándose que el trabajador pueda recuperarse de la fatiga acumulada que éste comporta con las pausas necesarias. Los lugares de descanso y esparcimiento no pueden ni deben ser desconsiderados, ni tratados de manera independiente o desligarlos del desarrollo y bienestar del trabajador. Sin embargo, es preocupante la información con respecto a este rubro en los dos grupos de estudio, por las cifras porcentuales representativas de nunca realizar actividades de esparcimiento y ninguna de estas realizarla, son situaciones potenciales, para generar problemas de salud mental, como son la ansiedad, estrés, preocupación, cansancio afectivo, etc., y que al final son factores de riesgo para presentar el síndrome de Burnout.

Desde nuestra percepción, el personal profesional y no profesional, cumplen funciones que requieren de gran concentración y esfuerzo para la atención de la salud, y es necesario programarse espacios de esparcimiento y recreación, dirigidas a la promoción y protección de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales causadas por las condiciones de trabajo, todo ello como medidas preventivas del síndrome de Burnout,

Tabla 3: Síndrome de Burnout: Dimensión Cansancio emocional, en el personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Cansancio emocional	Profesional		No profesional		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Bajo	22	68,8	19	67,9	41	68,3
Medio	7	21,9	8	28,6	15	25,0
Alto	3	9,4	1	3,6	4	6,7
Total	32	100,0	28	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Maslach (MBI)

Observamos que el personal profesional y no profesional, (68,8% y 67,9 % respectivamente), presentan bajo cansancio emocional, sin embargo es preocupante los porcentajes en ambos grupos del cansancio emocional medio. Como investigadores de esta temática, nos permitimos opinar con base en la experiencia respecto de este rubro: hasta ¿Qué punto podríamos decir que se trata de un cansancio medio o bajo? El cansancio físico, emocional, para el caso de estudio constituye la primera manifestación de trabajo excesivo, frustración en la ocupación o, como dicen los autores **Maslach y Jackson (1981)**, este constituye la primera fase del proceso del síndrome de Burnout, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado.

Lo característico de esta etapa es que las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas insatisfechas, quejasas e irritables.

A partir del trabajo de 8 horas y más sin incentivos o algún tipo de distracción, relajamiento, entretenimiento y salarios muy deficientes, etc., posiblemente el personal profesional y no profesional de salud en estudio se encuentre enfrentando situaciones de mucho riesgo para su salud mental, siendo que las

primeras manifestaciones como son ansiedad, preocupación, etc., ya se han detectado en las entrevistas, lo que deriva a que el síndrome de Burnout, no sea ajeno a estos grupos de trabajadores del campo de la salud, personal muy valiosos dentro de la atención que preconiza ser de calidad.

Lazarus y Folkman (1986), definen estos tipos de cansancio emocional como el afrontamiento con esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona.

Tabla 4: Síndrome de Burnout: Dimensión Despersonalización, en el personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Despersonalización	Profesional		No profesional		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Bajo	19	59,4	10	35,7	29	43,3
Medio	10	31,3	11	39,3	21	31,3
Alto	3	9,4	7	25,0	10	14,9
Total	32	100,0	28	100,0	60	89,6

Fuente: Cuestionario de Maslach (MBI)

La información de esta tabla, realmente es preocupante, puesto que las cifras muestran que el (31,1 % y 39,3 %) del personal profesional y no profesional evidencian nivel de despersonalización media lo que significa alteraciones en cuanto a mostrar los verdaderos sentimientos y emociones frente a situaciones de la vida cotidiana y, particularmente, del trabajo. **Maslach y Jackson (1981)**, refieren que la despersonalización es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

La despersonalización en el personal de salud, profesionales y no profesionales, se manifiesta en el comportamiento y trato habitual con los pacientes, en general y conlleva, según **Visser y Smets (2003)**, a que los profesionales vean a los pacientes de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.

En la práctica, frecuentemente, se percibe actos de indiferencia y mal trato en el personal, lo que conlleva a calificativos de "personal malo" e incomprensible en las instituciones de salud. Es posible, este comportamiento atribuirlo también al poco interés que muestran las instituciones de salud por el equilibrio

psicoemocional de sus trabajadores, situación que se ve agudizada por las condiciones no apropiadas del trabajo, los bajos salarios y los problemas de la vida familiar. Al igual que el tema de cansancio emocional, la despersonalización, debe ser trabajada en las instituciones de salud como medida para prevenir mayores problemas de salud mental en el personal de salud.

Tabla 5: Síndrome de Burnout: Dimensión Realización Personal, en el personal profesional y no profesional de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Realización personal	Profesional		No profesional		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Bajo	21	65,6	19	67,9	40	59,7
Medio	4	12,5	8	28,6	12	17,9
Alto	7	21,9	1	3,6	8	11,9
Total	32	100,0	28	100,0	60	89,6

Fuente: Cuestionario de Maslach (MBI)

En esta tabla se registra que más del 50% de personal profesional y no profesional presentan un bajo nivel de realización profesional (65,6% y 67,9% respectivamente) es un nivel preocupante debido a lo que ello significa y lo definen **Maslach y Jackson (1981)**, como la tercera fase del proceso del síndrome de Burnout y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que trae como consecuencia el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión. Estos eventos podrían justificar también, la limitada o nula participación de los trabajadores de salud en actividades de esparcimiento y recreación.

Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. Es perceptible este tipo de comportamiento en frases como “es difícil cambiar...muchas cosas se perdieron...no podríamos conseguirlo...es difícil salir de esta situación”.

La problemática se presenta cuando el personal de salud manifiesta comportamientos de indiferencia frente a situaciones que se presentan en el trabajo, como por ejemplo la falta de reconocimiento por la labor realizada, el adoptar una posición de defensa de sus derechos laborales, inclusive el tener

una participación activa cuando se trata de organizarse a nivel de sindicatos o asociaciones, mucho más adoptar un comportamiento político. La realidad muestra que enfermería, por ejemplo, no tiene participación en elecciones de representación política, máximo se participa en elecciones del Colegio de Enfermeros. Al respecto, varios autores Latinoamericanos, dentro de ellos, **Cerna, Martos y Fonseca (2000)**, lo advertían al estudiar las condiciones de trabajo y la evolución de la enfermería profesional en el Perú. Para estas autoras, se hace indispensable el trabajo de actitud política en los estudiantes de la carrera de enfermería a nivel de las escuelas y facultades de enfermería en el país, si dicha actitud cobrase importancia en los estudiantes y profesionales, estos mostrarían mayor disposición a realizar acciones que mejoren sus condiciones de trabajo, evitando caer en el Síndrome de Burnout.

Tabla 6: Relación entre el Síndrome de Burnout y las Funciones de los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Síndrome de Burnout		Función			
		Asistencial		Administrativa	
		nº	%	nº	%
Cansancio emocional	Bajo	40	70,2	1	33,3
	Medio	13	22,8	2	66,7
	Alto	4	7,0	0	0,0
	Total	57	100,0	3	100,0
Despersonalización	Bajo	28	49,1	1	33,3
	Medio	19	33,3	2	66,7
	Alto	10	17,5	0	0,0
	Total	57	100,0	3	100,0
Realización personal	Bajo	35	61,4	1	33,3
	Medio	10	17,5	1	33,3
	Alto	12	21,1	1	33,3
	Total	57	100	3	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

En la tabla se muestra la relación de las Funciones, asistencial y administrativa de las 60 personas encuestadas con las dimensiones del síndrome de Burnout. Podemos observar que, el personal asistencial muestra un comportamiento bajo de cansancio emocional, despersonalización y realización personal (70,2 %, 49,1% y 61,4%), mientras el personal administrativo muestra niveles medios en cansancio emocional y despersonalización (66,7%); y nivel bajo en realización personal (33,3%)

Buendía (2001), refiere que el personal de enfermería presenta una alta predisposición a padecer el Síndrome de *Burnout*, pues su desempeño se realiza con individuos sanos o enfermos que demandan de él cada vez más atención. Situación que es observable en los resultados de este estudio, cuando el personal profesional y no profesional que realizan actividades de asistencia en la institución se ven más propensos a presentar en algún nivel cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

El hecho de que los profesionales de Instituciones de salud se vean forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas y preocupaciones de las personas con las que se relacionan profesionalmente, influye en los aspectos psicoafectivo y emocional. Frecuentemente, la interacción del profesional y no profesional de salud con los pacientes, sus familiares, etc., se centra en los problemas actuales de éste (salud, higiene mental, relaciones personales o laborales, etc.) y éstos vienen cargados con muy diversos sentimientos, tales como la preocupación, miedo, rechazo, odio, desesperación, etc. Por otra parte, como no siempre es obvia la solución a estos problemas ni fácilmente alcanzables, esa interacción se hace ambigua y frustrante. En consecuencia, el profesional que continuamente trabaja con personas en esa labor asistencial, va acumulando un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de agotado o quemado; vale decir, este síndrome de Burnout, puede aparecer principalmente en profesionales que trabajan con personas y se implican en los problemas de éstas **(Rodríguez, 1995)**.

Es importante la prevención de esta problemática con la implementación del trabajo en equipo, sobre todo en el campo asistencial, con la finalidad de que personal, por ejemplo de psicología, asistentado social, sociología, religioso entre otros, puedan aportar en la atención integral de las persona con su problema de salud, en su entorno personal y familiar. La calidad en la atención en salud, solamente se conseguirá si se cuenta con personal calificado, que tenga un equilibrio emocional y, sobre todo libre del síndrome de Burnout.

Tabla 7: Relación entre el Síndrome de Burnout y número de pacientes atendidos por turno en los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Síndrome de Burnout		Pacientes			
		Menos de 20		De 20 a más	
		nº	%	nº	%
Cansancio emocional	Bajo	29	64,4	12	80,0
	Medio	13	28,9	2	13,3
	Alto	3	6,7	1	6,7
	Total	45	100,0	15	100,0
Despersonalización	Bajo	23	51,1	6	40,0
	Medio	15	33,3	6	40,0
	Alto	7	15,6	3	20,0
	Total	45	100,0	15	100,0
Realización personal	Bajo	27	60,0	9	60,0
	Medio	7	15,6	4	26,7
	Alto	11	24,4	2	13,3
	Total	45	100,0	15	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

En la tabla podemos observar que el personal, profesional y no profesional de salud, atiende menos de 20 pacientes por turno (total 45 personas). De estos, el 64,4% presenta un bajo nivel de cansancio emocional, el 51,1% nivel bajo de despersonalización y el 60% presenta nivel alto de realización personal. Del total de personal, profesional y no profesional, que atienden a más de 20 personas por turno, (80%) presentan cansancio emocional bajo, despersonalización baja (40%) y, nivel bajo de realización personal (60%).

Zaldúa (2000) refiere, que el síndrome de Burnout se desarrolla en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía. El profesional de la salud está sometido a diversos factores estresantes que afectan su biorritmo, el trato con los usuarios demandantes, el contacto con la enfermedad, el dolor, la muerte; provocando conflicto y ambigüedad de rol. Esta situación provoca sobre-carga laboral y dobles jornadas de trabajo, razón por la cual afecta el

equilibrio psicoemocional o, en todo caso, el abandono del trabajo, o las iatrogenias en el servicio.

Cabe señalar, que en los últimos años, no obstante que ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la enfermería e implica nuevos procedimientos, tareas y funciones, no se vienen dando cambios en los programas de formación de los profesionales, frente al aumento en la demanda de servicios de salud y a la derivación de funciones, lo que significaría en gran parte una mejor atención y la prevención de sobrecarga laboral y, por ende, estrés y síndrome de Burnout.

Tabla 8: Relación entre el Síndrome de Burnout y problemas que presentan con mayor frecuencia los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Síndrome de Burnout		Problemas					
		Baja remuneración		Inestabilidad laboral		Conflictos interpersonales	
		nº	%	nº	%	nº	%
Cansancio emocional	Bajo	30	71,4	8	72,7	3	42,9
	Medio	11	26,2	1	9,1	3	42,9
	Alto	1	2,4	2	18,2	1	14,3
	Total	42	100,0	11	100,0	7	100,0
Despersonalización	Bajo	21	50,0	5	45,5	3	42,9
	Medio	14	33,3	4	36,4	3	42,9
	Alto	7	16,7	2	18,2	1	14,3
	Total	42	100,0	11	100,0	7	100,0
Realización personal	Bajo	27	64,3	4	36,4	5	71,4
	Medio	7	16,7	3	27,3	1	14,3
	Alto	8	19,0	4	36,4	1	14,3
	Total	42	100,0	11	100,0	7	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

Los resultados de la tabla tienen coincidencia con los resultados de la tabla 4.4 del estudio, en lo que respecta a los problemas identificados por el grupo de estudio en el trabajo de interpretación: la tabla nos muestra la relación entre los problemas que el personal de salud presenta con mayor frecuencia y las dimensiones que mide el Cuestionario de Maslach (MBI), podemos observar que las personas que tienen como principal problema la baja remuneración, presentan nivel bajo de cansancio emocional y despersonalización, (71.4% y 50% respectivamente) y un bajo nivel de realización personal, con un (64,3%). Los que tienen inestabilidad laboral presentan nivel bajo en cansancio emocional y despersonalización con (72,7% y 45,5% respectivamente), y niveles bajos de realización personal (36,4%). Las personas que presentan dificultades en sus relaciones interpersonales presentan niveles bajos en las tres dimensiones (42,9% y 71,4%)

Las dificultades económicas representan problemas para casi todas las personas en cualquier campo o espacio en el que se desenvuelvan. El ser humano siempre está buscando cosas nuevas de superación y comodidad, esto conlleva a que cada vez no creemos nuevas necesidades con mayores exigencias económicas. Y se vuelve un problema más grande cuando la persona no cuenta con un trabajo estable, cuando siente que la calidad académica con la que cuenta no es suficiente, pues cada vez hay más competencia laboral. En el estudio, es preocupante las características de falta de capacitación y trabajo no estable en los trabajadores de salud, que constituyeron la muestra de estudio.

Para **Moriana (2000)**, las inadecuadas relaciones interpersonales constituyen un pilar importante en el desarrollo del Síndrome de Burnout, y debido a que estas no siempre van a ser positivas, con cierta frecuencia se traducen en uno de los desencadenantes más severos e importantes, sobre todo cuando son relaciones basadas en desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización.

Muchas veces, los primeros en darse cuenta de la presencia del Burnout son las personas que nos rodean; es muy difícil que si estamos afectados por este síndrome, no nos demos cuenta de ello, sobre todo cuando ya está muy avanzado.

Tabla 9: Relación entre el Síndrome de Burnout y satisfacción de los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Síndrome de Burnout	Satisfacción						
	Siempre		Frecuentemente		A veces		
	n°	%	n°	%	n°	%	
Cansancio emocional	Bajo	24	64,9	11	78,6	6	66,7
	Medio	10	27,0	3	21,4	2	22,2
	Alto	3	8,1	0	0,0	1	11,1
	Total	37	100,0	14	100,0	9	100,0
Despersonalización	Bajo	18	48,6	8	57,1	3	33,3
	Medio	12	32,4	4	28,6	5	55,6
	Alto	7	18,9	2	14,3	1	11,1
	Total	37	100,0	14	100,0	9	100,0
Realización personal	Bajo	27	73,0	8	57,1	3	33,3
	Medio	3	8,1	3	21,4	5	55,6
	Alto	7	18,9	3	21,4	1	11,1
	Total	37	100,0	14	100,0	9	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

En la tabla podemos observar la relación entre la satisfacción que presenta el personal de salud, profesional y no profesional, en su trabajo y las dimensiones del síndrome de Burnout. Las personas que siempre están satisfechas en su trabajo presentan niveles bajos en cansancio emocional, despersonalización y realización personal con (64,9%, 48,6 y 73,0% respectivamente). Las personas que frecuentemente están satisfechas, presentan niveles bajos en cansancio emocional, despersonalización y realización personal con (78,6% y 57,1% respectivamente). Las personas que solo a veces estas satisfechas con el trabajo que desempeñan, presentan podría decirse lógicamente, nivel bajo en cansancio emocional con (66,7%), y niveles medios en despersonalización realización personal con (55,6%).

Varios autores vienen estudiando y registrando la relación entre comportamientos afectivos y satisfacción o insatisfacción en el trabajo, en general, particularmente **Buendía (2001)**, refiere que el personal de salud, desempeña funciones particularmente estresantes, que afectan tanto la salud

y el bienestar personal como la satisfacción laboral y colectiva. Estos trabajadores, poseen altos niveles de responsabilidad, mantienen exigentemente relaciones interpersonales y deben cumplir con las exigencias sociales que de por sí se generan en el trabajo. En ese sentido, se considera que la contingencia de resolver problemas que surgen de improviso, la escasez de personal con la consabida sobrecarga laboral, los conflictos, la ambigüedad de rol por no existir especificidad de funciones y tareas, la falta de autonomía y autoridad para la toma de decisiones, los rápidos cambios tecnológicos, las mermas en las retribuciones y estímulos de distintos tipos, las condiciones físicas externas inadecuadas, las malas relaciones interpersonales y la superposición familia-trabajo contribuyen a aumentar las tensiones específicas del quehacer hospitalario produciendo la aparición del Síndrome de Burnout.

Por su parte **Carmona (2001)**, menciona que estudios actuales indican que los funcionarios presentan un disgusto generalizado por la falta de promoción profesional, aunado a los riesgos a los que están expuestos, que son propios de la profesión (accidentes ocupacionales), estresores típicos de la función laboral, especialmente de la asistencial.

También **Moriana (2002)**, menciona que dentro del equipo de trabajo, el nivel de satisfacción surge como resultante de la interacción favorable o no, según sea la calidad y cantidad de tales relaciones. Un clima laboral poco saludable provoca conflictos bastante frecuentes que “envenenan” el estado de ánimo de los integrantes del equipo de trabajo. Normalmente se han utilizado intervenciones de tipo cognitivo-conductual, como, por ejemplo, las del afrontamiento para mejorar sobre todo, el aspecto de satisfacción o relaciones interpersonales, sin embargo, son pocos los estudios que muestren los resultados al respecto.

En el Perú, las instituciones de salud, dentro de estas los hospitales son un indicador del predominio de un sistema organizacional mixto, con liderazgo participativo, negligente y autocrático, en el cual el tipo de clima laboral sería en parte de desconfianza, temor, inseguridad, poco compromiso y falta de identificación del personal de salud con la institución.

Es reflejo de la cultura de la sociedad peruana, que la mayoría del personal presente, en cualquier nivel y campo de trabajo: desacuerdo con los bajos salarios percibidos, relativa satisfacción laboral, baja motivación laboral por falta de reconocimiento a la labor desempeñada y ninguna o poca oportunidad de promoción de desarrollo en el ámbito laboral. Así mismo, frecuentes conflictos de roles por órdenes contradictorias impartidas por jefes inmediatos, que mayormente se contradicen con deseos, valores y metas del personal; conductas disfuncionales como, chismes, rumores falsos, poco trabajo en equipo, escasa cooperación entre compañeros de trabajo; conflictos gremiales; rotación de servicio inadecuado; turnos rotativos mal programados; asignación de tareas y metas para ser cumplidos en horarios y tiempos prefijados reducidos. Todas estas situaciones, se resumen de varias investigaciones realizadas a nivel nacional y local sobre la problemática del trabajador peruano en general, que no dejan de ser la misma problemática del trabajador del sector salud, al que se suman muchas situaciones de riesgo para su salud y problemas relacionados con el género, para el caso de mujeres trabajadoras.

Tabla10: Relación entre el Síndrome de Burnout y realización de actividades de esparcimiento de los profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Marzo – Julio 2013.

Síndrome de Burnout	Actividades de esparcimiento								
	Siempre		Frecuentemente		A veces		Nunca		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Cansancio emocional	Bajo	8	88,9	8	80,0	15	60,0	10	62,5
	Medio	1	11,1	2	20,0	6	24,0	6	37,5
	Alto	0	0,0	0	0,0	4	16,0	0	0,0
	Total	9	100,0	10	100,0	25	100,0	16	100,0
Despersonalización	Bajo	3	33,3	3	30,0	13	52,0	10	62,5
	Medio	4	44,4	4	40,0	8	32,0	5	31,3
	Alto	2	22,2	3	30,0	4	16,0	1	6,3
	Total	9	100,0	10	100,0	25	100,0	16	100,0
Realización personal	Bajo	4	44,4	6	60,0	17	68,0	9	56,3
	Medio	1	11,1	1	10,0	2	8,0	7	43,8
	Alto	4	44,4	3	30,0	6	24,0	0	00,0
	Total	9	100,0	10	100,0	25	100,0	16	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por los investigadores.

La tabla nos muestra la relación entre las dimensiones que mide el síndrome de Burnout y la frecuencia con que el personal de salud realiza actividades de esparcimiento en la institución. Las personas que siempre realizan actividades de esparcimiento presentan nivel bajo de cansancio emocional con 88,9%, nivel medio de despersonalización con 44,4% y nivel bajo en realización personal con el 44,4%. Las personas que frecuentemente realizan actividades de esparcimiento presentan nivel bajo de cansancio emocional con 80%, nivel medio de despersonalización con el 40% y nivel bajo de realización personal con el 60%. Las personas que a veces realizan actividades de esparcimiento presentan nivel bajos de cansancio emocional (60%), nivel medio de despersonalización (52%) y baja realización personal con el (68%). Las personas que refieren que nunca realizan actividades de esparcimiento, presentan niveles bajos en cansancio emocional, despersonalización y realización personal con (62,5% y 56,3%).

Las personas a las que se les aplicaron los cuestionarios, mencionaron que la institución como tal no organiza o designa tiempo para las actividades de esparcimiento, que estas solo se presentan en aniversarios de la institución o en fechas importantes. Además de que no cuentan con espacios adecuados para la realización de estas actividades. Se pudo apreciar el descontento por parte del personal, pues sienten que solo son usados como objetos de trabajo y que solo se los valora por su productividad. Esta visión que se tiene del trabajador, no es exclusivo del sector salud, sino de todos los gremios de trabajadores, en todos los campos de acción.

Lamentablemente, el modelo de desarrollo socioeconómico desarrollado en el país y, que con mayor fuerza viene siendo implementado desde la década del gobierno fujimorista, ha dejado de lado la percepción del trabajador como un recurso humano necesario para la producción de servicios de calidad y, por el contrario no es más que concebido como una fuerza de trabajo necesaria mientras sus potencialidades sean las más útiles para la productividad de la institución (Cerna, 2000). Estos hechos vienen siendo estudiados por las ciencias sociales y también por las ciencias de la salud, a partir de enfoques investigativos críticos que buscan desvelar una realidad poco estudiada y mucho menos comprendida como un área crítica que requiere ser enfrentada para la mejora de las condiciones de trabajo, particularmente del personal de salud, sea este profesional o no profesional, y que tiene como objeto sujeto de atención integral al ser humano.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. CONCLUSIONES

- ✓ En relación a las características sociodemográficas del personal, en cuanto a profesionales obtuvimos que: la mayoría son de sexo masculino, tienen estado civil de convivientes; los no profesionales en su mayoría son de sexo femenino y son casadas. En ambos grupos la mayoría son mayores de 35 años, proceden de los departamentos de: Lambayeque, Trujillo y Cajamarca; todos residen en la provincia de Chota, viven con su familia y tienen de 1 a 3 hijos.
- ✓ En cuanto a las condiciones laborales, tenemos que la mayoría del personal es nombrados, desempeñan la función asistencial, su horario es mixto, generalmente trabajan de 6 a más horas por turno en los que atienden a un promedio de 20 pacientes. Manifestaron que su horario siempre es adecuado, mantienen buenas relaciones interpersonales, coinciden en que el ambiente físico en el que trabajan está en regulares condiciones y solo a veces presentan dificultades que no pueden resolver; hicieron hincapié en que no reciben beneficios por parte de la institución y que su mayor problema es de tipo económico.
- ✓ Con respecto a la medición del Síndrome de Burnout, obtuvimos que: profesionales presentan niveles bajos de cansancio emocional y despersonalización, los no profesionales presentan niveles bajo y medio de cansancio emocional y despersonalización respectivamente. Ambos grupos presentan niveles bajos de realización personal, con cifras alarmantes de (65,7% y 67,9% respectivamente), estos resultados ameritan un mayor estudio debido

a que normalmente los resultados muestran niveles altos en las dos primeras dimensiones y bajas en la tercera.

- ✓ El grupo más afectado por el Síndrome de Burnout, es el de los no profesionales. Cabe resaltar que el Cuestionario empleado para medir el Síndrome de Burnout nos brinda información referencial, toda vez que evalúa a la persona en tres dimensiones y no proporciona un diagnóstico general, puesto que no establece si una dimensión es superior a las otras.

- ✓ Las condiciones laborales, guardan relación directa con el desarrollo de síndrome de Burnout en el personal de salud, debido la sobrecarga de trabajo, múltiples responsabilidades, deficiente tiempo para realizar actividades de esparcimiento, entre otros; ello aunado a una falta de incentivos, gratificación y motivación por parte de la institución.

1.2. RECOMENDACIONES

- ✓ A los estudiantes de pregrado y postgrado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, continuar realizando investigaciones sobre temas de salud mental, como el Síndrome de Burnout, que afectan al personal de salud.
- ✓ Al personal: profesionales y no profesionales de salud del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, asumir seriamente la responsabilidad de cuidar su salud mental, tomar iniciativas que contribuyan a mejorar sus condiciones laborales y prevenir el Síndrome de Burnout.
- ✓ A las autoridades del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, trabajar por el bienestar del personal profesional y no profesional, capacitarlos en temas de salud mental (Síndrome de Burnout) y prevención de riesgos laborales, reconocer y cuestionar porqué la cantidad de horas que está trabajando el personal no se ajusta al marco legal que rige su desenvolvimiento como tal. Además de realizar actividades que los incentiven: como la organización de actividades de esparcimiento dentro de la institución.
- ✓ A estudiantes, personal de salud, autoridades de establecimientos e instituciones formadoras de profesionales y no profesionales: es de suma importancia profundizar investigaciones en la dimensión de Realización personal, ya que según los resultados obtenidos en el presente estudio, es la dimensión que más afecta al personal; frente a ello se requieren propuestas inmediatas de intervención, conociéndose que el Ministerio de Salud, como ente rector, busca brindar atención con calidad y calidez a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda, C., Pando, M., Torres, T. (2005). Psychosocial factors and burnout syndrome in family physicians. *An. Fac. med.*, Sept. vol.66, no.3. México
2. Arévalo, Y. (2004). "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
3. Barría, M. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.
4. Buendía J, Ramos F. (2001). Estrategias de afrontamiento saludables frente al estrés ocupacional. Madrid. Ediciones Pirámides.
5. Campos, N. (2002). Condiciones de trabajo y proceso de Salud – Enfermedad en las enfermeras del distrito de Chota – Cajamarca.
6. Carmona F, Sanz L, Marín D. (2005). Síndrome de Burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos. Colombia.
7. Cerna M, Martos M y Fonseca R. (2000). El trabajo de la enfermera en Perú: génesis y constitución social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.8, n.3, pp. 102-107.
8. Cerna, V. (2000). Modelo de Desarrollo Socioeconómico en el País. Perú
9. De La Cruz, A. y Palomino, L. (2006). Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho.

10. Del Río, O. y Perezagua, M. (2003). El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. España.
11. Dotación de Recursos Humanos en Salud. Nuevas perspectivas de análisis. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 2005.
12. Encomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Invest. clín, jun. 2004, vol.45, no.2. Venezuela.
13. Escalante G y Núñez M. (2005). Situación de la Oferta de Formación de Técnicos Asistenciales en Salud en el Perú. Informe de Consultoría, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), Lima.
14. García, S. (2008). Riesgos Ergonómicos y Síndrome de Desgaste Profesional en Enfermeras (os) de la Sub Región Chota. Cajamarca.
15. Garland, B. (2004). The impact of Administrative Support on Prison Treatment Staff Burnout Prison Journal. Canadá Pág. 452-471
16. Gil-Monte, P. (2000): Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Volumen 16, nº. 2 –Págs. 101-102.
17. Gil-Monte, P y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid.
18. Gomero, R. Palomino, J. Ruiz, F. y Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú CopperCorporation. Revista Médica Herediana. Lima. Rev MedHered 16 (4), 233.

19. Ibáñez, N. y Vilaregut, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Revista de Enfermería clínica*. 14 (3). España.
20. Juaneda, E. (2009): Retos de las organizaciones del Tercer Sector Social en la implantación de la calidad y compromiso organizativo. Universidad de La Rioja.
21. Juárez-García A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos. México. Pág. 189-196.
22. Labrador, F. J: (1993) El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid. Temas de hoy. Curso Internacional de Recursos Humanos en Salud. CIRHUS. Secuencia de Actividades, material autoformativo de la UNIDAD 1. Rio de Janeiro, Brasil, 2006
23. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona,
24. Málaga, G y Tomateo, J. (2011) Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Lima.
25. Manzano, G., (2008), "Síndrome de Burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención".
26. Martínez, A. y Del Castillo, C. (2003). "Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina". *Revista de Atención Primaria*. 32 (6). España.
27. Maslach, C y Jackson S. (1986). "Maslach Burnout Inventory Manual". Palo Alto: Consulting Psychologists Press. España.

28. Mingote y Pérez. (2003). Estrés en la enfermería de Madrid, España, Díaz de Santos Ediciones. Madrid.
29. Moriana, G. (2002). Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado. Córdoba
30. Nogareda, C. (2006). Trabajo y Ergonomía en trabajadores del sector salud. Colombia.
31. Peralta, K. y Pozo, S. (2006). "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
32. Prieto, L. y Robles, E. (2002). "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Revista de Atención Primaria. 29 (5). España.
33. Quiroz, R. y Saco, S. (1999). Factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.
34. Quispe, L y Tello, A. (2006). Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca. Perú.
35. Quispe, L y Tello, A. (2006). Factores biopsicosociales y Laborales que Predisponen al Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca. Perú.
36. Ramón González C. y Jesús J. De la Gándara Martín 2004 "El médico con burnout Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia"; Edit. IM&C, S.A. Madrid.

37. Ramos, A. y Domínguez, J. (2006). "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos". Revista de atención primaria. 38 (1). España.
38. Rejas, S. y Acori, I. (1998). Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
39. Rodríguez J. (1995) Psicología Social de la Salud. España.
40. Román, J. (2003). "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile). Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev Cubana Salud Pública 2003;29(2). Cuba.
41. Talavera, M. (2004). Síndrome de Desgaste Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Seguí Escobedo. Arequipa.
42. Varela L, Fantao, A. (2005). "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud". Revista de Atención Primaria. 35 (6). España.
43. Zaldúa, G. (2000). El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. España.

INFOBIBLIOGRAFÍA

1. Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral fue aprobado por Decreto Supremo N° 003-97-TR. Perú. 2000.
Disponible en:
<http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/TUO%20del%20D Leg.%20728%20D.S.No.003-97-TR-27-03-97.pdf>.
2. Decreto Legislativo N° 1057 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM. Disponible en:
<http://www.pcm.gob.pe/InformacionGral/sgp/preguntas-cas.htm>
3. Ministerio de Salud (MINSA) Decreto Supremo N° 005-90-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa. Perú. 2002.

Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/leyes/ds00590_pcm/index.htm
4. Organización Internacional del Trabajo (OPS). Síndrome de Burnout-quemarse. Colombia. 2000. Disponible en: (<http://oit.sbquemado.html>).
5. Organización mundial de la salud (OMS). Burnout: el síndrome de la desesperanza. Argentina. 2000. Disponible en:
(<http://noticias.universia.com.ar/vidauniversitaria/noticia/2008/06/23/363265/burnout-sindrome-desesperanza.html>).
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reseña evolutiva del concepto "Burnout". Argentina. 2002. Disponible en:
www.ancba.org.ar/cont_cien/burnout.doc

ANEXOS

Señor (a), el presente cuestionario tiene como finalidad recaudar información para el desarrollo de la investigación: "Síndrome de Burnout y Condiciones Laborales, en Personal Profesional y No Profesional de Salud del Hospital José Soto Cadenillas, Chota- 2013". Por ello acudimos a su persona para solicitarle que comparta su experiencia laboral, respondiendo con veracidad a los enunciados. Las respuestas son anónimas y confidenciales, se agradece de antemano su colaboración.

Instrucciones: a continuación se presentan una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz, o llenando según corresponda.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo:

- a) Masculino () b) Femenino ()

2. Religión

- a) Católica ()
b) No católica ()

Si la respuesta es No Católica, especifique cuál es:

3. Edad:

- a) 20 – 25 años ()
b) 25 – 30 años ()
c) 30 – 35 años ()
d) 35 años a más ()

4. Estado civil:

- a) Soltero(a) ()
b) Casado(a) ()
c) Conviviente ()
d) Divorciado(a) ()
e) Viudo(a) ()

5. Nivel de instrucción

- a) Superior técnica ()
- b) Superior universitaria ()

Si la respuesta es Superior universitaria, especifique si cuenta con algún grado académico de: maestría, especialidad, doctorado u otro.....

6. Lugar de procedencia (lugar donde nació): -----

7. Lugar de residencia(donde vive actualmente): -----

8. Actualmente vive solo(a)

- a) Si ()
- b) No ()

Si la respuesta es No, responda según corresponda el siguiente cuadro.

Composición familiar (personas con quien vive actualmente)

Persona de la familia (relación conyugal)	Edad actual	Sexo	Nivel de escolaridad	Ocupación

9. Número de hijos

- a) 1 - 3 ()
- b) 4 - 5 ()
- c) 6 a más ()
- d) No tiene ()

II. CONDICIONES LABORALES

1. Estabilidad laboral

- a) Nombrado () b) Contratado ()

2. Área de trabajo

- a) Triage ()
b) Emergencia ()
c) Hospitalización ()
d) Sala de operaciones ()
e) Consultorios externos ()
f) Laboratorio ()
g) Farmacia ()
h) Otro ()

Si la respuesta es otro, especifique cuál.....

3. Profesión / ocupación

- a) Médico ()
b) Biólogo(a) ()
c) Enfermera (o) ()
d) Obstetra ()
e) Técnico de enfermería ()
f) Técnico de laboratorio ()
g) Otra

Si la respuesta es otra especifique, cuál es:.....

4. Tiempo de trabajo en esta institución:

- a) 1 – 5 años ()
b) 5- 10 años ()
c) De 10 años a más ()

5. Tiempo de experiencia laboral

- a) 1 – 5 años ()
b) 5- 10 años ()
c) De 10 años a más ()

6. Turnos de trabajo

- a) Diurno ()
- b) Nocturno ()
- c) Mixto ()
- d) Otro ()

Si la respuesta es otro, especifique cuál es:

7. ¿Cuántas horas trabaja diariamente?

.....

8. Considera que el horario asignado:

- a) Siempre es adecuado ()
- b) A veces es adecuado ()
- c) Nunca es adecuado ()

Si la respuesta es nunca es adecuado, especifique por qué:

.....

9. Considera que las condiciones del ambiente físico de trabajo (infraestructura) están en :

- a) Buenas condiciones ()
- b) Regulares condiciones ()
- c) Malas condiciones ()

10. ¿Cuál es la función que realiza?

- a) Asistencial ()
- b) Administrativa ()
- c) Investigación ()
- d) Docente ()
- e) Todas las anteriores ()

11. Recibe beneficios laborales como:

- a) Capacitación ()
- b) Ascensos ()
- c) Seguro de vida (enfermedad, lactancia, maternidad) ()
- d) Otros ()
- e) Ninguno ()

Si la respuesta es otros o ninguno, especifique cuáles o por qué:

.....

12. Número de pacientes atendidos por turno

- a) Menos de 20 ()
- b) De 20 a más ()

13. Ingreso económico mensual (en soles)

- a) Menos de 1000 ()
- b) 1000 – 2000 ()
- c) Más de 2000 ()

14. Tiene alguna otra fuente de ingreso económico

- a) Si
- b) No

Si la respuesta es sí, especifique cuál:

15. Sus ingresos económicos, principalmente los invierte en:

.....
.....

16. Presenta dificultades laborales que considera, no puede resolver:

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

17. Alguna vez ha sufrido accidentes laborales

- a) Si ()
- b) No ()

Si la respuesta es sí, especifique cuáles:

18. Su relación interpersonal con sus compañeros de trabajo, es:

- a) Excelente ()
- b) Buena ()
- c) Regular ()
- d) Mala ()

Si es mala, especifique por qué:

.....
.....

19. ¿Qué tipo de problemas presenta con mayor frecuencia?

- a) Baja remuneración ()
- b) Inestabilidad laboral ()
- c) Conflictos interpersonales ()

20. Considera que está satisfecha(o) con su trabajo

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

Si la respuesta es a veces o nunca, especifique por qué:

.....

21. Realiza actividades de esparcimiento (en la institución)

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

Si la respuesta es a veces o nunca, especifique por qué:

.....

22. ¿Qué tipo de actividades de esparcimiento realiza? (en la institución)

- a) Deportivas ()
- b) Religiosas ()
- c) Culturales ()
- d) Otras ()

e) Ninguna ()

Si la respuesta es otras, especifique cuál es:

.....

23. A parte de los antes mencionado, desea agregar algo más:

.....

.....

.....

Anexo II

CUESTIONARIO II

Maslach Burnout Inventory (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. No existen respuestas mejores o peores, los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

Instrucciones: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0=NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO. 2=UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

Nº	ESCALA DE MASLACH.	PUNTUACIÓN						
		0	1	2	3	4	5	6
1	(CE) Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	(CE) Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	(CE) Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4	(RP) Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	(D) Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6	(CE) Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7	(RP) Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8	(CE) Me siento "quemado" por mi trabajo.							
9	(RP) Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10	(D) Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.							
11	(D) Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							

12	(RP) Me siento muy activo.								
13	(CE) Me siento frustrado en mi trabajo.								
14	(CE) Creo que estoy trabajando demasiado.								
15	(D) Realmente no me preocupa lo que le ocurre a los pacientes.								
16	(CE) Trabajar directamente con personas me produce estrés.								
17	(RP) Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con los pacientes.								
18	(RP) Me siento estimulado después de trabajar con los pacientes.								
19	(RP) He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.								
20	(CE) Me siento acabado.								
21	(RP) En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.								
22	(D) Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.								

Gracias por su colaboración.

Calificación (investigador)

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocionales	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Aspectos	BAJO.	MEDIO.	ALTO.
Cansancio emocional.	≤18	19 – 26	≥27
Despersonalización.	≤5	6 - 9	≥10
Realización personal	> 40	34 – 39	≤33