

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**“PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS
AL SÍNDROME DE BURN OUT EN EL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA - 2008”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Dasenka del Rosario Franco Paredes

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE ENFERMERIA

**“Prevalencia, características y factores asociados al
Síndrome de Burn Out en el profesional de
Enfermería del Hospital Hipólito
Unanue de Tacna - 2008”**

TESIS


Presentada por:

Bach. DASENKA DEL ROSARIO FRANCO PAREDES

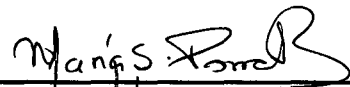
Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA


Aprobada por Unánime Sobresaliente, ante el siguiente Jurado:



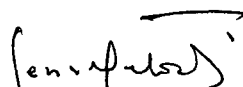
Mgr. María Dalila Salas de Cornejo
PRESIDENTA



Mgr. María S. Porras Roque
JURADO



Enf. Yolanda Torres Chávez
JURADO



Lic. Jenny Mendoza Rosado
ASESORA

El presente trabajo está dedicado a DIOS, por permitirme amanecer cada día y a mi madre por su fuerza y amor que han dirigido mi vida y me han dado las alas que necesitaba para volar.

Si tuviera que elegir otra profesión, volvería a elegir Enfermería, porque no he experimentado nada más gratificante que la sonrisa y agradecimiento de mis pacientes, y porque sé que sirviendo a los enfermos también estoy sirviendo a Dios.

Dasenka Franco.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

- ◆ A DIOS, por permitirme ser parte de este mundo, disfrutar del privilegio de la vida, y por hacerme saber que a pesar de las adversidades siempre existe un nuevo día.
- ◆ A mis padres Yudi y Edwin, por darme la vida y hacer posible mis más grandes sueños.
- ◆ A mi madre, por su amor, fuerza y apoyo, a través del cual hoy veo llegar a su fin una de mis mas grandes metas; la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.
- ◆ A mi mamá Betty, por su eterna muestra de cariño, por todo el amor y el apoyo brindado a lo largo de mi vida, gracias.
- ◆ A mis mejores amigas, Fabiola, Mayda, Nianida y Raquel por compartir conmigo estos años de amistad, acompañándome siempre a cada momento.
- ◆ A la Lic.Yenni Mendoza Rosado, por su asesoría, apoyo y ánimo constante en la realización del presente trabajo.
- ◆ Al Lic. Mario Matos Peña, por el asesoramiento continuo a lo largo del presente estudio.
- ◆ Al Mgr. Miguel Ángel Paredes Rondón, Dr. Elmer Rivera Mansilla, por su gran apoyo y aporte en la realización del presente estudio.
- ◆ A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome siempre el amor a la Enfermería y el rol que cumple nuestra profesión en la sociedad.
- ◆ A los profesionales de Enfermería, que colaboraron desinteresadamente en la aplicación de los cuestionarios, motivo del presente estudio, gracias.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

Pág.

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

INTRODUCCION

1.1. Marco Teórico.....	01
1.2. Planteamiento del Problema.....	60

CAPITULO II: DE LA METODOLOGIA

2.1. Material y Método.....	65
2.2. Ámbito de Estudio.....	65
2.3. Población.....	66
2.4. Fuentes de Información.....	67
2.5. Procedimiento.....	71
2.6. Procesamiento de Datos.....	72

CAPITULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1	Resultados.....	73
3.2	Verificación de Hipótesis.....	127
3.3	Discusión.....	131
3.4	Conclusiones.....	140
3.5	Recomendaciones.....	142

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, comprende el estudio de la Prevalencia, Características y Factores Asociados al Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008. Este, es un estudio de tipo cualitativo con un alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal con una sola población de estudio. Para su ejecución se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), y en anexos las variables independientes. Se encuestaron a 81 profesionales de Enfermería pertenecientes a los servicios de: Medicina, Cirugía, Sala de Operaciones, Pediatría, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Serciquem, Neonatología, Gineco-Obstetricia, Emergencia y Departamento de Enfermería. Para el análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico SPSS y para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas estadísticas siguientes: prueba del Ji- Cuadrado y prueba para proporciones respectivamente.

La prevalencia obtenida para el Síndrome de Burn Out en los enfermeros fue del 22,22%, presentándose con mayor frecuencia en el profesional de sexo femenino, entre los 46 a 55 años, con pareja estable, que tienen menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, que viven con la familia y tienen 2 hijos.

Los factores asociados estadísticamente significativos más frecuentes son:
número de pacientes que atiende diariamente, se siente satisfecho en el
trabajo, se siente motivado en el trabajo y presenta conflictos con los hijos.

ABSTRACT

This research is about the study of Prevalence, characteristics and factors associated to the Burn Out Syndrome in the Nursing Personal of Hipólito Unanue Hospital in Tacna during 2009. This is a descriptive, transversal and correlationat study. The Maslach Burn Out Inventory questionnaire was used, and the independent variables in anexes. 81 Nurses wprking at Medicine, Surgery, Operation Room, Pediatrics, Psiquiatrics, Intensive Care Unit, Serciquem, Neonatology, Gineco-Obstetrician, Emergency Room and the Nursing Department werw inquired. The statistica software SPSS was used to the descrtive analysis and determine the variable correlation, a square-Xi test was made.

The prevalence obtained to the Burn Out Syndrome in Nuses was 22,2%, being the highest frequency in 46 to 55 years –old women, married, who enjoy 10 free hours a week at least, living with family, having two kids, and who almost never have conflicts with partners.

The most frequent associated factors, statistically significant, are: number of patients which they daily care, he or she feels confortable at work, feels motivated and have conflicts with kids and partners.

CAPITULO I
DEL PROBLEMA

INTRODUCCION

Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, rehabilitar son tareas que producen muchas satisfacciones, pero también muchos problemas y tensiones en el personal de salud, puesto que éste pasa gran parte de su tiempo en contacto con otras personas (pacientes y familiares) manteniendo una relación interpersonal cargada muchas veces de sentimientos de tensión, ansiedad, miedo e incluso hostilidad. Por todo ello esa relación interpersonal, puede ser una fuente casi constante de estrés que acaba conduciendo al desarrollo de lo que se ha denominado Burn Out.

El Síndrome de Burn Out, fue acuñado originalmente por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger (1974), sin embargo fue Susan Maslach (1976) quien primero empleó públicamente este término para referirse a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente "quemándose" profesionalmente después de meses o años de dedicación. El Síndrome de Burn Out es un término inglés que podría traducirse literalmente como "quemadura" y cuyo equivalente en español sería "Agotamiento Mental". Cuando los profesionales de salud se ven afectados por el Síndrome de Burn Out empiezan a sentirse irritables, aumentan las ausencias

laborales, baja la calidad de atención, presentan disturbios del sueño y otros síntomas. Esta problemática no está limitada al centro laboral, sino también repercute en el entorno familiar y en las relaciones interpersonales en general.

En este sentido, se ha realizado una revisión de los diversos estudios relacionados a la temática y a los problemas observados a lo largo de mi formación profesional, que motivan la presente investigación. Desde hace una década se viene estudiando al Síndrome de Burn Out en trabajadores de servicios, y últimamente se van haciendo mayores investigaciones en trabajadores de Salud.

Por lo expuesto anteriormente, siento la necesidad de realizar un estudio para determinar si los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, especialmente los enfermeros que trabajan en los servicios de Hospitalización y Departamento de Enfermería, que están en mayor contacto con los pacientes, sometidos a mayor estrés laboral, padecen el Síndrome de Burn Out, cuáles son las características y los factores asociados al mismo, para proponer las medidas de intervención que sean necesarias y prevenir o tratar dicha enfermedad profesional, en caso de identificarse la presencia de la misma, buscando llamar la atención de las Instituciones para que pongan mayor interés en la Salud

Mental de sus trabajadores, no olvidando que el recurso humano representa lo más importante en una organización.

1.1 MARCO TEORICO

1.1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Para responder a requerimientos referenciales de estudio se presenta a continuación algunas investigaciones consultadas relacionadas al problema en estudio.

PALMER, PRINCE, SEARCY Y COMPEAN (2007), en la investigación titulada "Prevalencia del Síndrome de Burn Out en el personal de Enfermería en 2 hospitales de segundo nivel en la ciudad de Mexicali, (México)." Se determinó que: de 368 sujetos en estudio, 345 (93,75%) fueron mujeres, con una edad media de 41,21 años; la antigüedad laboral fue de 15,87 años. La prevalencia de Burn Out en los profesionales de enfermería de ambos hospitales fue del 6,79%; llegando a la conclusión que la prevalencia obtenida fue menor a la reportada en otros estudios, tanto los realizados en México como otro realizado con profesionales de enfermería que trabajaban en la sala de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona, así como en los realizados con otros profesionales de la salud.

GUTIÉRREZ VILLAR (2006), en la investigación titulada: "Prevalencia del Síndrome de Burn Out y factores laborales asociados en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Militar Central, Abril 2006, Perú". Se determinó que: La prevalencia del síndrome de Burn Out resultó el 26,92% en enfermeras de emergencia del Hospital Militar Central. De las 26 enfermeras, 3,8% resultó con agotamiento emocional en grado moderado, 11,5% con agotamiento emocional en grado bajo, 3,8% resultó con signos de despersonalización en grado bajo, 19% resultó con falta de realización personal en grado moderado. Así mismo al analizar la correlación entre el síndrome de Burn Out y las variables sexo, estado civil y edad; se encontró que el sexo y estado civil tienen mayor relevancia; la edad es indiferente a las variables estudiadas. En las variables para factores laborales asociados es el salario bajo, la falta de control médico anual y la falta de estímulo en el trabajo tienen mayor significancia.

LOPEZ, ZEGARRA Y CUBA (2006) en la investigación titulada "Factores asociados al Síndrome de Burn Out en Enfermeras del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (Perú)" determinaron que el Síndrome de Burn Out se encuentra en su mayoría en niveles bajos a predominio de la dimensión de despersonalización (13,6%). Sin embargo, se encontró una

considerable proporción de este personal con niveles medios de Burn Out a predominio de las dimensiones de agotamiento emocional (31,8%) y despersonalización (36,4%). Concluyendo que existe baja asociación estadística entre los factores profesionales (interacción conflictiva y ambigüedad de rol), y también baja asociación estadística entre los factores laborales (sobrecarga laboral y supervisión) y el síndrome de Burnout.

QUIROZ Y SACO (2003) en la investigación "Factores asociados al síndrome de Burn Out en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco (Perú)", determinaron que: De 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, la prevalencia del Síndrome de Burn Out se encuentra en grado bajo en el 79,7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10,9 % de médicos y 1,4 % de enfermeras.

No se encontró Síndrome de Burn Out en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas

semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, auto percepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive".

IBÁÑEZ Y VILAREGUT (2004), en el estudio "Prevalencia del síndrome de Burn Out y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista de Enfermería clínica (España)", determinaron que: "El 71,4% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización. Las enfermeras que desean cambiar su horario de trabajo (42,9%) o de profesión (32,9%) puntuaron más alto en la sub escala de cansancio emocional. Por tanto, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer Burn Out sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo".

PERALTA Y POZO (2006) en la tesis "Factores asociados al síndrome de Burn Out en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta de Ayacucho (Perú)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29,2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo

Huanta presenta síndrome de Burn Out asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional.

REJAS Y ACORI (1998) en la tesis titulada: "Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho (Perú)", llegaron a las siguientes conclusiones: "De 68 (100%) profesionales de Enfermería, 32,4% trabajan 12 horas diarias, de las cuales, 16,2% presentan estrés severo, 13,2% moderado y 2,9% leve. El 29,4% trabajan de 15 a 18 horas diarias, de ellas, 22,1% presentan estrés severo y 8,8% moderado. El 17,7% trabajan 24 horas diarias y presentan estrés severo; demostrándose que en esta institución existe sobrecarga laboral debido a la inadecuada dotación de personal, que termina por agotar física y mentalmente a los profesionales de Enfermería".

1.1.2 ASPECTOS GENERALES

El "Síndrome de Burn Out" o "Síndrome de Quemarse en el Trabajo" es una respuesta al estrés laboral crónico en el trabajador (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que ha despertado mucha atención en las últimas dos décadas en el ámbito de la Psicología.¹

Durante un periodo anterior al "Burn Out" tal como lo conocemos hoy en día, en la década de los sesenta, el término se asociaba a un significado muy distinto. Se asociaba a alteraciones psicológicas debidas al uso prolongado de drogas. Es a partir de Herbert Freudenberger que se adopta una conceptualización de "Burn Out" ligada al trabajo.

El Síndrome clínico fue descrito por primera vez hace poco más de 20 años, en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger, quien trabajaba como asistente voluntario en la Clínica Libre de Nueva Cork para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas. Observó que hacia el año de empezar a trabajar, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión. Lo definió como un estado de fatiga o frustración que se

¹ BUENDIA & RAMOS, "Estrés laboral en profesionales de la salud" 2001
HOMBRADOS, "Burn Out: Estrés en las organizaciones". 1997.

produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado resultado.²

Por aquel entonces la psicóloga social Susan Maslach (1974), estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a las personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo y no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos.

Fue posteriormente en 1982, cuando la Psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems, basados en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las 3 dimensiones básicas del Síndrome de Burn Out: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

Su sintomatología se percibió primero con observaciones clínicas en el personal de salud (médicos y enfermeros) y posteriormente en

² TUMES Antonio, "La Salud Mental medico y los profesionales de la Salud". El diario medico. Septiembre 2002.Uruguay. Pág. 2-3.

observaciones en otras profesiones, adecuando las diferentes definiciones al tipo de individuo en estudio.³

1.1.3 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de *Burn Out*, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un matiz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el *Burn Out* como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

³ <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/relaciones-estres-burnout/index.htm>
Hora: 23:26pm.

Desde la perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás.

En el presente estudio se asume la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el *Burn Out* se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson (1981), que se conceptualizan como: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, las que se detallarán más adelante.

1.1.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SINDROME DE BURN OUT

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burn Out, 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 del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial.

La perspectiva clínica que asume el Burn Out 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.

1.1.4.1 Modelo Clínico

Desde una perspectiva clínica, Freudenberg (1974), empleó por vez primera el término Burn Out para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque sostiene que Burn Out aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y

clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.⁴

En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el Burn Out como un estado resultante del trauma que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988:9), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta.

⁴ MOISES RIOS Billy, "Prevalencia y Factores asociados en Profesionales Serums de la Red de Servicios de Salud Huamanga Ayacucho, 2006."

1.1.4.2 Modelo Psicosocial

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burn Out elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) argumentan que el Burn Out es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981), entre los que se encuentran Gil-Monte y Peiró (1997). De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de Burn Out comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.⁵

Así también en Enfermería, se han desarrollado una serie de teorías y modelos a lo largo del tiempo; en el presente estudio se considerará el modelo propuesto por la Enfermera Betty Neuman, quien desarrolló un

⁵ MOISES RIOS Billy, "Prevalencia y Factores asociados en Profesionales Serums de la Red de Servicios de Salud Huamanga Ayacucho, 2006."

modelo cuyo fin es ofrecer un enfoque unificador con el cual definir los problemas de Enfermería y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno y las variables que afectan de manera simultánea al sistema del paciente; en este caso, el profesional de Enfermería, y estas son: variables fisiológicas, psicológicas sociológicas de desarrollo y espirituales.

NEUMAN; definió a la persona como un todo cuyas partes se encuentran en un proceso de interacción dinámica, sin embargo cuando el efecto amortiguador de la línea flexible de defensa deja de proteger al "paciente/sistema del paciente" frente a un factor estresante del entorno, dicho factor invade la línea de defensa normal. Las interrelaciones de las variables (fisiológicas, psicológicas socioculturales, de desarrollo y espirituales) determinan la naturaleza y el grado de reacción del sistema o la posible reacción al factor estresante.

En este sentido, toda la vida se caracteriza por una interacción constante entre el equilibrio y el desequilibrio dentro del organismo. Cuando el proceso de estabilización falla en algún punto o el organismo permanece en un estado de falta de armonía durante un periodo prolongado de

tiempo, y por tanto es incapaz de satisfacer sus necesidades, puede aparecer la enfermedad.⁶

Sin embargo trabajar en la prevención es la mejor arma del que puede hacer uso la Enfermera, y de esta manera proporcionar el mejor estado de equilibrio entre la persona y su entorno.

1.1.5. DESARROLLO DEL PROCESO DEL BURN OUT

Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, entre los estudios que abordan el síndrome de *Burn Out* desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia de progreso del síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo correcto del proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención. Según el modelo de desarrollo propuesto por Gil-Monte y Peiró (1997). Este modelo mantiene

⁶ MARRINER Tomey A.; RAILE Alligood M. "Modelos y Teorías en Enfermería". Harcourt Brace. Cuarta Edición.1999.Madrid España. Pág. 267-283.

que el proceso de desarrollo del Burn Out (síndrome de quemarse por el trabajo) se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional (Figura 1).⁷

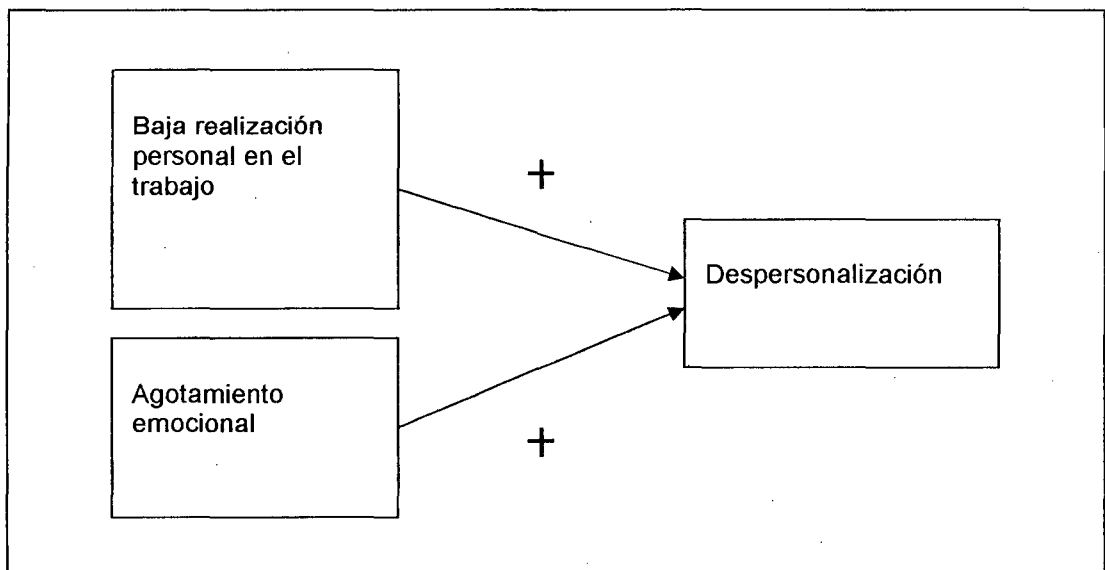


Figura 1. Desarrollo del proceso de Burn Out (síndrome de quemarse por el trabajo) según Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.

⁷ Haya Carlos, "Síndrome de Burn Out en Profesionales de Enfermería"
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioporras.Pag.2-3>.

1.1.6. DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURN OUT

El síndrome de Burn Out es considerado de acuerdo a Maslach y Jackson como un síndrome tridimensional. Estas tres dimensiones o características básicas del síndrome son: Cansancio o Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y falta de Realización Personal (RP); las cuales se encuentran interrelacionadas entre si.

A continuación se explica cada una de ellas.

1.1.6.1. Agotamiento emocional

Considerado el eje central del Síndrome. Se reconoce como el más próximo al componente estrés. Se ha descrito como el sentimiento de agotamiento ante las exigencias de las tareas, por las que no siente atractivo alguno. Se caracteriza por la sensación de agotamiento físico y psicológico con fatiga crónica y la sensación de no poder dar más de si mismo en el ámbito emocional y afectivo. Se acompaña de manifestaciones somáticas y psicológicas, la ansiedad y la irritabilidad.

1.1.6.2. Despersonalización

Supone una conducta de rechazo a las personas que se tiene que atender o brindar el servicio, refiriéndose a ellos como si fuesen

objetos. Aparece el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los mismos, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal.

1.1.6.3. Realización Personal

Es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima; es decir, sentimientos negativos sobre la realización personal, que supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, evitación de relaciones interpersonales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Es un sentimiento de inadecuación personal al trabajo. Consiste en un sentimiento de incapacidad para responder adecuadamente a las demandas, que suele derivar en comportamiento de aislamiento social, bajo rendimiento en el trabajo y estado de ánimo ansioso.⁸

⁸ GIL-MONTE Pedro R. "El Síndrome de Quemarse por el trabajo en Profesionales de Enfermería" Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estrés e Burn Out. Curitiba (Brasil) Agosto 30-31, 2002.

1.1.7. MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME DE BURN OUT

El Síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- **Psicosomáticos:** Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares entre otros.
- **Conductuales:** Absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos entre otros), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- **Emocionales:** Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- **En el ambiente Laboral:** Detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

1.1.8. EPIDEMIOLOGIA

Entre los aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burn Out descritos en la literatura no parece existir acuerdo unánime entre los diferentes autores, sin embargo existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad: Aunque parece no influir en la aparición del Síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización 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 período 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.

El género: Sería principalmente la mujer el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer. Además Maslach y Jackson (1986), precisan que la mujer presenta puntuaciones más

elevadas en la dimensión de agotamiento emocional, pero más bajo en realización personal.

El estado civil: Aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas, con la ayuda del apoyo familiar.

La Turnicidad: (Turno: división de la jornada de trabajo de 24 horas en varios períodos de tiempo) y el horario laboral de éstos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del Síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Años de Servicio: Tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el Síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el Síndrome, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burn Out experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

En el presente estudio se consideró las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, con quien vive, número de hijos, conflictos con la pareja, conflictos con los hijos, horas de esparcimiento. En el aspecto laboral se consideró las siguientes variables: función que cumple, situación laboral, servicio en el que labora, tiempo de servicio en la Institución, tiempo de experiencia en la profesión, tiempo trabajando en el servicio, número de pacientes que atiende, otro trabajo fuera del Hospital, horas de trabajo fuera del Hospital, satisfacción en el trabajo, motivación en el trabajo, problema más frecuente en el ámbito laboral.

Estudios Epidemiológicos acerca del Síndrome de Burn Out, se han venido realizando a lo largo de estos años, cuyos resultados reflejan la magnitud del problema y que justifican la realización del mismo. En la

tabla N°01 se observa como diferentes autores y estudios han encontrado prevalencias que oscilan entre un 12% y un 50 %.⁹

TABLA N° 01

Estudios y resultados epidemiológicos del Síndrome de Burn Out

Estudio	Resultados
Kyriacou (1980)	25% en Profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20 a 35% en Enfermeras
Henderson (1984)	30 a 40% en Médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12 a 40% en Bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991)	20% en Policías y personal sanitario
Garcia Izquierdo (1991)	17% en Enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de Enfermería
Price y Spence (1994)	20% en Policías y personal sanitario
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en Médicos

⁹ ILLERA RIVERA Diego, "Síndrome de Burn Out, Aproximaciones Teóricas. Resultados de algunos estudios en Popayán". Septiembre 2006.

1.1.9. DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE BURN OUT

En los primeros años, el Síndrome de Burn Out fue descrito a través de la observación clínica; luego, fue evaluado con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y escalas auto clasificatorias y cuestionarios.

Los instrumentos de medición del Síndrome de Burn Out usados más frecuentemente son: el Staff Burnout Scale for Health Professionals: Maslach Burnout Inventory, MBI SBS-HP, y el Tedium Measure: TM o BM. El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar Síndrome de Burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), elaborado por Maslach y Jackson (1981 - 1986). Con su aparición casi se estandariza el concepto tridimensional del Síndrome de Burn Out. Tiene 22 ítems tipo Likert.

Para determinar la presencia del Síndrome en el presente estudio se hizo uso del Maslach Inventory Burn Out (MBI), en la versión Española, dirigida a los profesionales de la Salud.¹⁰

1.1.9.1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para la intervención psicosocial sobre el Burn Out resulta fundamental establecer su diagnóstico diferencial que permita distinguir entre el Burnout y otros constructos psicosociales tales como:

¹⁰ MORENO JIMENEZ B.; BUSTOS R.; MATA LLANA A.; MIRALLES T. "La evaluación del Burn Out, Problemas y alternativas". Universidad Autónoma de Madrid. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Año 2007 Volumen 13. N° 02. Pág. 185-207. España,

Estrés Laboral: Se diferencia del Síndrome de Burn Out en que:

- El primero es el resultado de una adaptación temporal mientras que el Burnout es la ruptura en la adaptación de tipo crónico. El sujeto afectado por el Burnout no puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez.
- Se puede estar estresada/o y seguir funcionando, aún cuando sea difícil. En cambio cuando el Síndrome de Burnout aparece es necesario hacer cambios radicales en nuestra manera de enfrentar las tensiones.
- Así como el estrés es asociado a numerosas razones o causas, muchas de las cuales pueden pertenecer al ámbito de la vida cotidiana, las definiciones de Burn Out están más vinculadas al mundo laboral.
- Otra de las grandes diferencias del estrés con el Burn Out es que mientras el primero puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona, el segundo es un fenómeno exclusivamente negativo.

Fatiga Física: Se diferencian por una recuperación más rápida del que padece la primera, pudiendo estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito, frente al que padece Burn Out.

Depresión: muestra correlación significativa con una de las dimensiones de Burn Out (el agotamiento emocional), pero no con las otras dos dimensiones ya que puede surgir en otros contextos (personal, social, familiar) distintos del trabajo.

El Tedio: (o aburrimiento) ha sido utilizado como sinónimo para explicar el proceso que sigue el Burn Out que, cuando aumenta el agotamiento emocional, aparece el tedio y disminuye la satisfacción laboral.

La insatisfacción laboral: Se relaciona con variables que se encuentran muchas veces poco relacionadas con la naturaleza de la tarea y del Burn Out, pero si con otros factores externos relacionados con la vida personal. En la actualidad, son muchos los autores que defienden que el Burn Out es un Síndrome con identidad propia y multidimensional, siendo un proceso que se desarrolla progresivamente y de forma continuada en el

que se produce la interacción secuencial de variables emocionales, cognitivas y actitudinales dentro de un contexto laboral.¹¹

1.1.9.2. MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)

Es el cuestionario más utilizado en todo el mundo. Estudios han demostrado consistencia interna del MBI en grandes muestras.

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar el Síndrome de Burn Out en diferentes profesiones y países. Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, se han realizado luego otras adaptaciones, como por ejemplo al aplicarlo en profesores de educación superior.

La escala tiene una consistencia interna y una fiabilidad del orden de 0.75 a 0.90. No existen puntos de cortes validos a nivel clínico para medir la existencia del Síndrome de Burn Out y poder separar los casos de los no casos. Se trata de un inventario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes de los profesionales en relación a su trabajo. El instrumento fue desarrollado para valorar 3 aspectos fundamentales del Síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización en el trabajo. Altas

¹¹ TOUS PALLARES J. "Quemarse en el trabajo: Síndrome de Burn Out"
GIL-MONTE Y PEIRÓ,"Algunos procesos psicosociales sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo" 1997.

puntuaciones en las dos primeras escalas y baja en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

A continuación describiremos las tres subescalas:

- **Subescala de Agotamiento Emocional:** Consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Se puede obtener una puntuación máxima de 54. Una puntuación de 27 o más indicaría un alto nivel del Síndrome, 19 -26 un nivel moderado y por debajo de 19 un nivel bajo. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- **Subescala de Despersonalización:** Consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Una puntuación de 10 o más indicaría un alto grado del síndrome, 6-9 moderado y por debajo de 6 bajo. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- **Subescala de Realización Personal:** Consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Es en dirección opuesta a la de las otras dos, de modo que una puntuación de 0 – 33 indicaría alto nivel del síndrome, 34 – 39 moderada y de 40 o más significaría baja quemazón o alta realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personales del trabajo.

El síndrome de Burnout es una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles de intensidad, y no como una

variable dicotómica (Tabla N° 02). Los valores medidos en el ámbito sanitario se presentan en la siguiente tabla.¹²

TABLA N° 02

Puntos de corte para las puntuaciones del MBI en el Sector Salud.

VARIABLE	MEDIA	NIVELES		
		Bajo	Moderado	Alto
Agotamiento Emocional	22,19 + 9.53	< o = de 18	19 a 26	> o = de 27
Despersonalización	7,21 + 5.22	< o = de 5	6 a 9	> o = de 10
Realización Personal	36.53 + 7.34	> o = de 40	34 a 39	< o = de 33

1.1.10. ESTADIOS DEL SINDROME DE BURN OUT

Jerry Edewich y Archie Brodsky (1980) definen el Burn Out “como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”.

Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burn Out.

- **Etapas de idealismo y entusiasmo:** El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y

¹² MASLACH C.; JACKSON, S. “Maslach Burn Out Inventory” Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hiper valorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

- **Etapa de Estancamiento:** Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.
- **Etapa de Apatía:** Es la fase central del Síndrome Burn Out. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burn Out, la del distanciamiento.

- **Etapa de Distanciamiento:** La persona esta crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (por ejemplo, el sueldo) que justifican la pérdida de satisfacción.

1.1.11. DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE BURN OUT

El estrés, como variable antecedente, en la profesión de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, entre otras. En conclusión, la profesión de enfermería, tal como refiere Llor et al. (1995), conlleva, entre otras, tres características, que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, podemos encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, Interpersonal e Individual, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizador del estrés laboral.

a. Entorno socio-profesional

Desde el punto de vista del entorno socio-profesional cabe señalar que, en los últimos años, en la profesión de Enfermería ha surgido un nuevo

marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles, y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales.

b. Nivel organizacional

En el nivel organizacional, destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los profesionales, capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de una cierta independencia y control sobre la misma, que en el caso de la enfermería pasa por conjugar de una forma equilibrada las relaciones con el colectivo médico en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol. Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, a la que se refiere Peiró (1986) como "el proceso mediante el cual

el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos del propio síndrome de *burnout* pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo de modelado o aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral.

c. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales, sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de *burnout*. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización, la excesiva identificación con los usuarios, y los conflictos interpersonales con éstos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome.

d. Nivel individual

Las características de personalidad, a nivel del individuo, puede ser una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de “quemarse”. La existencia de sentimientos de altruismo e

idealismo, en un amplio segmento de la enfermería, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de éstos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Si la enfermera no encuentra estrategias de afrontamiento efectivas, puede generar sentimientos de frustración e incluso culpar al usuario del fracaso personal.

e. Marco contextualizador del estrés laboral

Una vez vistas las variables descritas y que determinan el marco de interacción, podemos plantear que el *burnout* debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización.

Desde los modelos transaccionales Peiró y Salvador (1993) entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.

En esta línea se enmarca el modelo que aparece en la figura 2, que explica el *Burn Out* como respuesta al estrés laboral.

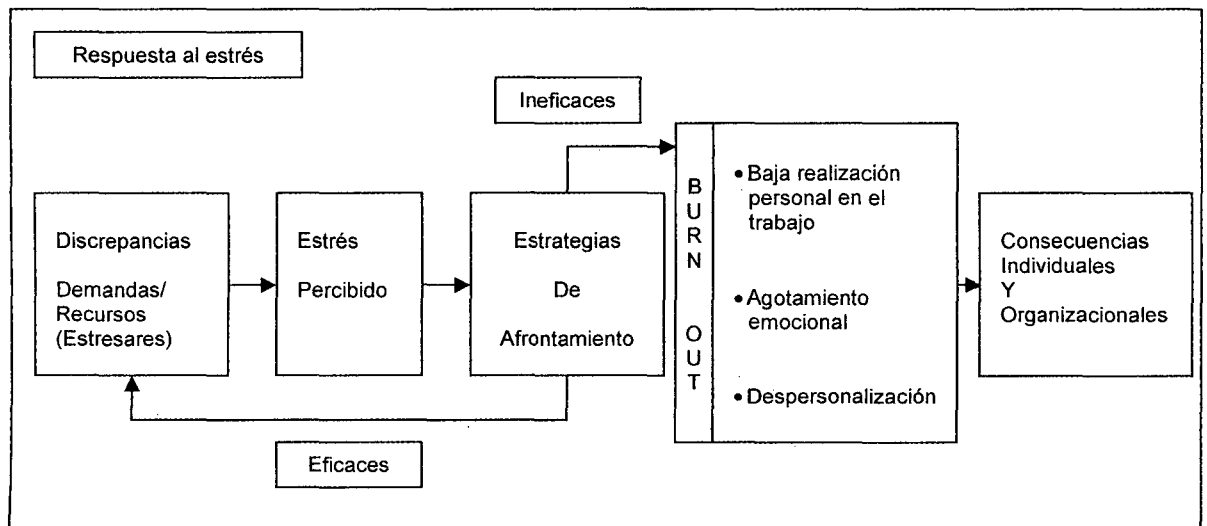


Figura 2. Modelo para integrar el *burnout* dentro del proceso de estrés laboral. (Adaptado de Gil-Monte y Peiró).

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; Es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de

afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del *burnout*. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización.¹³

1.1.12. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL BURN OUT

El desarrollo del *burnout* puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras.

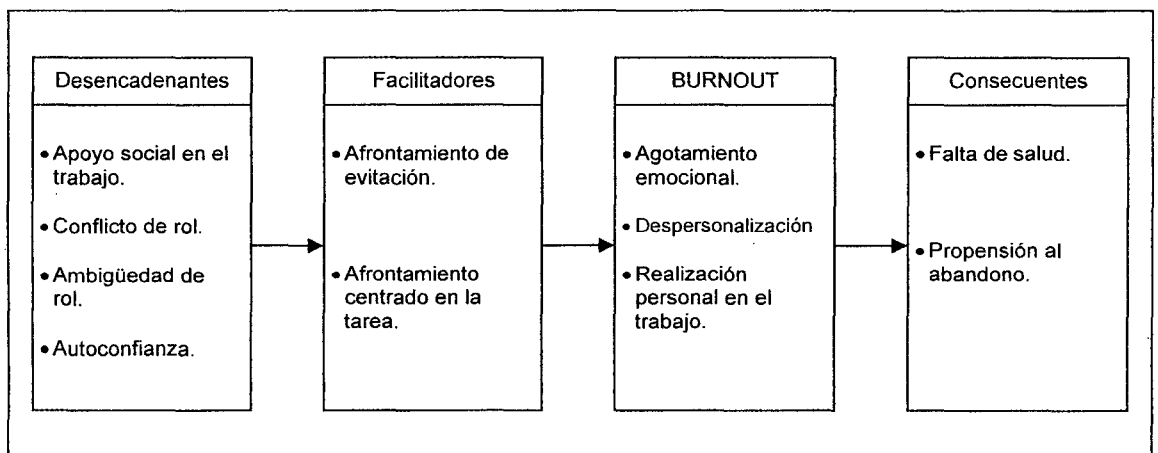


Figura 3. Modelo de Gil-Monte y col. Simplificado.

¹³ GIL-MONTE Pedro R. "El Síndrome de Quemarse por el trabajo en Profesionales de Enfermería" Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estrés e Burn Out. Curitiba (Brasil) Agosto 30-31, 2002.

1.1.12.1 DESENCADENANTES

Refiriéndonos a los desencadenantes podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

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

a) *Ambiente físico y contenido del puesto*

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

realizar, la retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza.

b) *Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera*

Con relación a la segunda categoría de desencadenantes se ha de considerar que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que sobre el *burnout* tienen las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.

c) *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales*

Considerando los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que éstas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y

consecuentemente presentará una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome de *burnout*. Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del *burnout* debemos considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.

d) Fuentes extraorganizacionales: relación trabajo-familia

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

1.1.12.2. FACILITADORES

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del *burnout* aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la

medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del *burnout* en una u otra dirección.

a) Variables de carácter demográfico

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

b) Variables de personalidad

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de *burnout* se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con personalidad poco resistente, baja auto confianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.

c) Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del *burnout*. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema,

reflejan menos sentimientos de *burnout* que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.

d) Apoyo social en el trabajo

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el *burnout*, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.¹⁴

1.1.13. CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURN OUT

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

¹⁴ Haya Carlos, "Síndrome de Burn Out en Profesionales de Enfermería"
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioperras.Pag.2-3>.

a) Consecuencias para el individuo

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

Las manifestaciones psicósomáticas las podemos agrupar en:

· **Algias.** Como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca.

· **Neurovegetativas.** Como taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos.

-**Fenómenos psicossomáticos tipificados.** Como crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea.

Otras manifestaciones: Catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio.

En el siguiente cuadro se muestran algunas de las consecuencias del Estrés Laboral asociado al Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 03

Principales consecuencias del Estrés Laboral asociados al Síndrome de Burn Out

INDICES EMOCIONALES	INDICES ACTITUDINALES	INDICES CONDUCTUALES	INDICES PSICOSOMÁTICOS
Sentimientos de soledad. Sentimientos de alienación. Ansiedad. Sentimientos de impotencia. Sentimientos de omnipotencia.	No verbalizar. Cinismo. Apatía. Hostilidad. Susplicacia.	Agresividad. Aislamiento del sujeto. Cambios bruscos de humor. Enfado frecuente. Irritabilidad.	Dolor precordial Taquicardia Hipertensión. Temblor de manos. Crisis asmáticas. Catarros frecuentes. Mayor frecuencia de infecciones. Aparición de alergias. Dolores cervicales y de espaldas. Fatiga. Alteraciones menstruales. Dolor de estómago. Úlcera gastroduodenal. Diarrea. Jaqueca. Insomnio.

Cuadro 3. Principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de *burnout* (Tomado de Gil.Monte).

Asimismo, refiere Gil-Monte que desde el análisis de los síntomas que se encuentran descritos en la literatura podemos deducir que aparecen implicados todos los sistemas del organismo, en mayor o menor medida. En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982) señala que las repercusiones del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impiden aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el *burnout* y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo.

b) Consecuencias para la organización

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

- Disminución de la satisfacción laboral.

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

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

Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el *burnout*, mediante el aprendizaje por modelado.¹⁵

¹⁵ GIL-MONTE Pedro R. "El Síndrome de Quemarse por el trabajo en Profesionales de Enfermería" Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estresse e Burn Out. Curitiba (Brasil) Agosto 30-31, 2002.

1.1.14. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO

Concepto de afrontamiento

La mayoría de autores coinciden en conceptualizar el afrontamiento como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y que no tiene que ser necesariamente un éxito en el manejo de esa situación, sino que el objetivo buscado puede ser manejar la respuesta al estrés. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como: *“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*.

Estrategias de afrontamiento

Las principales estrategias de afrontamiento, en función del nivel en que se producen, las podemos agrupar en tres categorías como son: individuales, grupales y organizacionales, que desarrollamos a continuación.

a) Estrategias individuales

Las estrategias de afrontamiento de control o activas previenen el *burnout* porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo,

mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Según Ceslowitz (1989), las enfermeras con bajo *burnout* emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema. Entre estas estrategias se encuentra la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y auto controlarse. Las enfermeras con altos niveles de *burnout* utilizaron estrategias de escape/evitación, autocontrol y confrontación. En resumen podemos decir que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema previenen el desarrollo del *burnout* y las de evitación, escape y centradas en la emoción facilitan su aparición. En cuanto a las técnicas para la adquisición y mejora de estas estrategias, los programas de adquisición de destrezas pueden ser dirigidos a las estrategias instrumentales o a las de carácter paliativo (manejo de emociones). En el primer caso se incluyen el entrenamiento en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno. En el segundo caso se incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa y ejercicios de relajación.

b) Estrategias de carácter interpersonal y grupal

La mayoría de las estrategias que abordan el tema desde la perspectiva grupal, aconsejan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del mismo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Cobb (1976) define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y les quieren.
- Son estimados y valorados.
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del *burnout*, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los

supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales. El trabajo con grupos (de apoyo) de profesionales de enfermería con la pretensión de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación entre las enfermeras y con los profesionales de otras salas, el disponer de un lugar de encuentro y sobre todo poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones de contra-transferencia que dificultan la relación enfermera/paciente. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendida y vivida sus modos de comportamiento.

c) Estrategias organizacionales para la prevención del burnout

En este sentido, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de la organización, puesto que los desencadenantes del síndrome son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están, en gran

medida, con relación al contenido del puesto, disfunciones en el desempeño de roles y el clima laboral, Por tanto, es conveniente que los gestores establezcan políticas de gestión que integren programas en la línea de los siguientes:

- ✓ **Programas de socialización anticipada:** Tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral, adquiriendo habilidades para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional.
- ✓ **Programas de evaluación y retroinformación:** Pretenden dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde el propio departamento, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional.
- ✓ **Programas de desarrollo organizacional:** Buscan mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización, entendiendo que la mayor parte de las personas está motivada hacia el crecimiento y desarrollo personal si se encuentran en un ambiente propicio.¹⁶

¹⁶ GIL-MONTE Pedro R. "El Síndrome de Quemarse por el trabajo en Profesionales de Enfermería" Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estresse e Burn Out. Curitiba (Brasil) Agosto 30-31, 2002.

1.1.15. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, COMO GRUPO DE RIESGO

La profesión de Enfermería, es una de las profesiones que se considera como de mayor riesgo para padecer el Síndrome de Burn Out, por el contacto directo y continuo que debe mantener con el paciente y su familia, por lo que se debe tener en cuenta algunas consideraciones que hacen de esta profesión un grupo vulnerable al padecimiento del Burn Out. Se han visto los aspectos relacionados al ámbito interpersonal, grupal y los relativos a la organización y el entorno, que son comunes a todas las profesiones de servicios; pero la variable entorno define unas circunstancias que condicionan el ejercicio profesional y que, en este sentido, tiene unas características especiales que hacen de la profesión enfermera una actividad de alto riesgo, como ya se ha referido, sobre todo como consecuencia de la confrontación entre las expectativas profesionales y la realidad asistencial. La problemática que condiciona las relaciones con el entorno se centra en tres elementos fundamentales como son: la organización, el profesional y el usuario.

La organización en el Sistema de Salud

Desde el punto de vista de la organización se ha de considerar que las Instituciones de Salud en general, suelen presentar una cultura organizacional resistente al cambio y a la innovación en cuanto a políticas de personal e implicación se refiere, puesto que se trata de organizaciones muy burocratizadas. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas que son favorecedoras del Burn Out, mediante el proceso de modelado. La mayoría de los profesionales noveles, cuando toman contacto con su primer trabajo, han de realizar una adaptación en la que redefinen valores y actitudes que han adquirido mediante el aprendizaje.

Todo ello tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la enfermería en los últimos años. A veces son los propios profesionales más antiguos los que frustran al novel, debido, posiblemente, a vivirlo como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación lo que implicaría un cambio de actitud que no están dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación de disonancia cognitiva que resuelven con esta línea de intervención.

Otros aspectos a considerar son el clima laboral, que se genera en los grandes centros asistenciales, con variables de hacinamiento, sobrecarga

laboral, ruidos e interferencias, entre otros. Y turnicidad con la que el profesional está sometido a continuos cambios que impiden la instauración de hábitos saludables y conflictúa el mantenimiento de relaciones interpersonales.

Por otra parte, los cambios e innovaciones que se pretenden y se están instaurando a nivel de gestión, pueden crear una situación de relativa incertidumbre que es necesario gestionar. Los planes estratégicos, programas, la competencia intercentros, etc. requieren de políticas que modifiquen actitudes de los profesionales y les hagan receptivos, implicándose en los mismos.

La problemática profesional

Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional. Esto hace que sea dificultosa la promoción y la enfermera se sienta, en muchos casos, "condenada" a desarrollar siempre la misma actividad reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional. Por otro lado, al tratarse de una profesión con actividades independientes e interdependiente de la profesión médica genera una ambigüedad de rol que se convierte en indefinición de rol al no clarificarse el mismo por la

propia organización, lo que puede incidir en una baja realización personal por el trabajo.

Desde el punto de vista de la emoción, debemos considerar que la necesidad de empatía para el mejor acercamiento al usuario, puede llevar a la excesiva implicación e identificación con las emociones y los sentimientos del mismo, lo que podría desembocar en proyecciones de los problemas del paciente y la familia en el entorno proximal y familiar de la enfermera, que junto a la confrontación sistemática con el dolor y la muerte, la necesidad de alianzas intragrupalas ante la adversidad y el conflicto intrapersonal de competencia profesional hacen que la dimensión "agotamiento emocional" pueda incrementarse dando cuerpo, junto a la baja realización referida, a la aparición del *Burn Out*.

Por último, si consideramos la despersonalización como una actitud defensiva ante el estrés asistencial crónico, consecuente con las variables de baja realización personal y agotamiento emocional, habremos enmarcado el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería e identificado las variables personales y de riesgo que debemos controlar, además de las ya descritas a lo largo del tema, para cualquier profesión de servicios.

El usuario del sistema

Los usuarios, al ser el principal objeto de la labor profesional lo son también de la relación interpersonal, por lo que sus características biopsicosociales tienen una importancia capital para el desarrollo de la misma. Sus rasgos de personalidad, hábitos y costumbres, actitudes y modos de relación y cuantas características personales lo conforman hacen de él un ser único que requiere un trato singular en función de estas características, que modulan y condicionan la relación con el entorno, y en nuestro caso con los profesionales de enfermería.

En este sentido, la familia adquiere un protagonismo especial en tanto integra el sistema de relación más inmediato del sujeto, dándole una de las bases de su proyección social, por lo que también tiene un importante peso específico en sus pautas de relación con el medio. Por tanto, la familia es otro elemento significativo de la relación a la que debemos considerar como una "prolongación" del paciente.

Las características del usuario y la familia, por tanto, formarán otra variable a considerar en la aparición y desarrollo del *burnout*. Con frecuencia solemos encontrarnos con conflictos entre la familia y la enfermera donde se producen ruptura de la comunicación o entendimiento entre ambas. Todo ello, puede desembocar en una situación de agotamiento emocional y de despersonalización como

estrategia de afrontamiento del problema. Este hecho se da más en cuanto la confianza y seguridad de la enfermera en sus capacidades y recursos esté diezmada o reducida, creando una situación de inseguridad que se trasmite de forma analógica en el proceso de relación con el usuario y con la propia familia.

Pues bien, todos estos aspectos condicionan un escenario donde la profesión se ejerce. Los profesionales deben conocerlo y saber cómo afrontar las vicisitudes que puedan encontrarse en el ejercicio de su actividad, dotándoles de recursos que faciliten la relación terapéutica, su integridad emocional, la realización personal en el trabajo y evite la despersonalización, y con ello la aparición y padecimiento del síndrome de Burn Out, lo que se pretende con el presente estudio.¹⁷

1.1.16. DEFINICIÓN DE TERMINOS

Respondiendo a requerimientos y con la finalidad de unificar términos se presentan a continuación los siguientes:

- a) **SINDROME:** Conjunto de signos y síntomas que se producen al mismo tiempo en un patrón característico de una enfermedad o trastorno determinado.

¹⁷ Haya Carlos, "Síndrome de Burn Out en Profesionales de Enfermería"
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioperras.Pag.2-3>.

- b) SINDROME DE BURN OUT:** Conjunto de signos y síntomas que son el resultado de un estado de agotamiento emocional alto, despersonalización alta y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas.
- c) AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE):** Disminución y/o pérdida de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
- d) DESPERSONALIZACION (D):** Consiste en el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos de insensibilidad y cinismo hacia las personas destinatarias del servicio.
- e) REALIZACION PERSONAL BAJA (RP):** Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.
- f) ENFERMEDAD:** Toda variación respecto al estado de salud.

g) **ESTRÉS:** Conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas.

h) **PREVALENCIA:** Número de casos de la misma en una población y en un momento dado.

Tasa de prevalencia

La Tasa de Prevalencia (P) de una enfermedad se calcula de la forma siguiente:

$$P = \frac{\text{Número de personas con la Enfermedad o
Proceso en un momento determinado}}{\text{Número de personas de la población expuesta
al riesgo en un momento determinado}} \quad (\times 10^n)$$

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.2.1.1. PROBLEMA GENERAL

Se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Prevalencia, Características y Factores asociados al Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del H.H.U.T en el año 2008?

2.2.1.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuál es la Prevalencia del Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del H.H.U.T en el año 2008?
- ¿Qué características socio demográficas y familiares presenta el Profesional de Enfermería del H.H.U.T. con Síndrome de Burn Out, en el año 2008?
- ¿Qué factores se encuentran más asociados al Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del H.H.U.T en el año 2008?

2.2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.2.2.1. OBJETIVO GENERAL

- ◇ Determinar la prevalencia, características y factores asociados del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008.

2.2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◇ Determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008.
- ◇ Precisar las características socio demográficas y familiares en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con Síndrome de Burn Out en el año 2008.
- ◇ Establecer los factores asociados más frecuentes al Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2008.

2.2.3. HIPOTESIS

2.2.3.1. HIPOTESIS GENERAL

- ◇ La prevalencia del Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2008 es significativa, presentando características socio demográficas y familiares, y factores asociados laborales.

2.2.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- ◇ La prevalencia del Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 es mayor al 20%.
- ◇ El Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 se presenta con mayor frecuencia en el profesional con más de 10 años de servicio, entre 46 a 55 años y que tiene otro trabajo fuera del Hospital.
- ◇ Los Factores Asociados más frecuentes al Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 son laborales.

2.2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

En el presente trabajo de investigación se estudió las siguientes variables: (Anexo 01).

a) Variable Independiente

✓ Factores Socio Demográficos:

Sexo

Edad

Estado Civil

Número de horas de esparcimiento/semana

✓ Factores Familiares

Con quien vive

Número de Hijos

Conflictos con la pareja

Conflictos con los hijos.

✓ Factores Laborales.

Función que cumple

Situación Laboral

Tiempo de trabajo en el servicio

Tiempo de servicio en la Institución

Tiempo de experiencia en la profesión

Número de horas de trabajo a la semana

Número de pacientes que atiende diariamente

Tiene otro trabajo fuera del Hospital

Se siente satisfecho en su trabajo

Se siente motivado en su trabajo

Problema más frecuente y/o importante en el ámbito laboral

b) Variable Dependiente

✓ Síndrome de Burn Out.

Agotamiento Emocional

Despersonalización

Realización Personal

CAPITULO II
DE LA METODOLOGIA

CAPITULO II

DE LA METODOLOGIA

2.1 MATERIAL Y METODO

El presente estudio utilizó el enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, correlacional porque intenta establecer asociación entre variables sin relación causa efecto; de corte transversal, con una sola población de estudio.

2.2 AMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el período entre Diciembre del año 2008 a Mayo del año 2009.

2.3 POBLACION

2.3.1 UNIDAD DE ANALISIS

Profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que cumplían función asistencial y/o administrativa en los siguientes Servicios de Hospitalización: Medicina, Cirugía, Sala de Operaciones, Serciquem, Pediatría, Neonatología, Psiquiatría, Ginecología, Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia; además de los Profesionales del Departamento de Enfermería (jefe de departamento y supervisores).

2.3.2 POBLACION DE ESTUDIO

Población: 89 Profesionales de Enfermería

Se trabajó con el total de profesionales de Enfermería de los Servicios de Hospitalización y Departamento de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Durante los meses de Febrero y Marzo del año 2009 se aplicaron los cuestionarios autoadministrados a todos los Enfermeros de los Servicios de Hospitalización y del Departamento de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obteniéndose 81 cuestionarios del total de la población, 8 cuestionarios no fueron llenados por la falta de disponibilidad del profesional.

2.3.3 MUESTRA: 89 profesionales de enfermería.

2.3.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a todos los profesionales de Enfermería de los Servicios de Hospitalización que cumplían función asistencial y/o administrativa; y del Departamento de Enfermería (jefe de departamento y supervisores).

2.3.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Se excluyó a los profesionales de Enfermería que trabajaban en Consultorios Externos.
- ✓ Se excluyó a los profesionales de Enfermería que trabajaban en las Unidades de Apoyo a la Gestión.
- ✓ Se excluyó a los profesionales de Enfermería que se negaron a llenar los instrumentos de medición.
- ✓ Se excluyó a los Profesionales de Enfermería que se encontraron en período de vacaciones durante los meses de ejecución.
- ✓ Se excluyó a los Profesionales de Enfermería que se encontraron en condición de destacados.

2.4 FUENTES DE INFORMACION

Para obtener la información se utilizaron 02 cuestionarios, ambos auto administrados, utilizando los siguientes instrumentos:

Cuestionario Autoadministrado de Síndrome de Burn Out (MBI versión española para profesionales de la salud). (Anexo 02).

Cuestionario Auto administrado de Factores socio demográficos, familiares y laborales. (Anexo 03).

2.4.1 CONSISTENCIA INTERNA DE LOS CUESTIONARIOS

La confiabilidad de los instrumentos para medir el Síndrome de Burn Out, y los Factores asociados se obtuvieron mediante el estudio de la consistencia interna u homogeneidad con el coeficiente de Cronbach.

2.4.2 INSTRUMENTO

Se utilizó una Ficha de Recolección de Datos; siendo éste un formato estructurado que cuenta con 4 secciones de exploración. Las secciones de la Ficha de recolección de datos son las siguientes:

SECCION I: En esta primera sección se recoge información respecto al Síndrome de Burn Out mediante el cuestionario de Maslach Burn Out Inventory (MBI) versión española, que consta de 22 ítems.

SECCION II: En esta sección se recoge información respecto a variables socio demográficas. Consta de 04 ítems

SECCION III: En esta sección se recoge información sobre la esfera familiar, de los profesionales encuestados. Consta de 04 ítems.

SECCION IV: En esta sección se recoge información sobre la esfera laboral. Consta de 12 ítems.

2.4.3 CUESTIONARIO DE MASLACH INVENTORY (MBI)

Existen distintos instrumentos de medida del Síndrome de Burn Out. El usado en este estudio es el denominado Maslach Burn Out Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1981). Es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos tres factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

La Sub-escala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que

describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales (sustituyendo la palabra paciente por alumno en el caso de profesores, o por la de compañero, en el caso de directivos u otros).

2.4.4 PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO MBI

Las puntuaciones se deben mantener separadas por cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones se puntúan en grados de bajo, medio y alto; para el presente estudio se consideró por lo menos dos escalas con puntaje alto. (Anexo 04).

2.5 PROCEDIMIENTO

Previa autorización de la Dirección del Hospital, se realizó una prueba piloto con (15) enfermeras del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna - Essalud, de los distintos servicios de Hospitalización que cumplen función asistencial y/o administrativa, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems de los instrumentos a utilizar y de ésta manera poder darle la confiabilidad adecuada al instrumento.

Una vez establecida la validez por parte de los Expertos (02 Psicólogos, y 02 Enfermeras) y la confiabilidad, a través de la prueba piloto, se procedió a solicitar la autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue, la cual mediante la Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación se me brindó la Credencial de acreditación para la aplicación de los instrumentos (Anexo 07).

Se realizó la aplicación de los instrumentos a los enfermeros del Hospital, utilizando 02 cuestionarios, ambos autoadministrados, los cuales fueron respondidos en forma voluntaria y en la mayoría de casos en sus domicilios. Luego se recogieron en el Hospital en forma personal y anónima, durante los meses de Febrero y Marzo del año 2009.

2.6 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de los instrumentos inicialmente fueron codificados y luego se vaciaron a una base de datos manualmente y posteriormente a un programa de informática; Para el análisis descriptivo se utilizó el paquete SPSS-PC con el cual se elaboró las tablas de contingencia.

Para el análisis estadístico se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Prueba del Ji-Cuadrado: con un valor P aceptable menor 0,05. Los resultados fueron evaluados con un intervalo de confianza del 95%.
- Prueba para proporciones: Se utilizó esta prueba para la verificación de las Hipótesis de Investigación, rechazándose la Hipótesis Nula (H_0), y aceptando la Hipótesis de Investigación (H_i).

Además se hizo uso de:

- Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach: Para la confiabilidad de los instrumentos
- Distancia de puntos múltiples (DPP), Distancia Máxima (Dmax) para establecer el grado de adecuación de los instrumentos.

CAPITULO III
DE LOS RESULTADOS

CAPITULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1 TRABAJO DE CAMPO

Período de Investigación: Diciembre del 2008 a Mayo del 2009

Población: Enfermeros (as) de los Servicios de Hospitalización, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Inicialmente se solicitó el permiso respectivo a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para llevar a cabo la ejecución de la investigación, y posteriormente a la Unidad de Capacitación del H.H.U.T.

3.2 RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en tablas y gráficos, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

Las tablas 01, 02 y 03 nos dan a conocer características socio demográficas, familiares y laborales de los profesionales de Enfermería.

Los cuadros 01, 02, 03 y 04 responden al primer objetivo de investigación, los cuadros 05, 06, 07, 08, 09 y 10 responden al segundo objetivo planteado y los cuadros 11, 12, 13, 14, además del grafico 15 responden al tercer objetivo.

TABLA N° 01
DISTRIBUCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, SEGÚN
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS – H.H.U. DE TACNA - 2008

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	N°	%
SEXO		
Femenino	73	90%
Masculino	8	10%
TOTAL	81	100%
EDAD		
< de 35 años	5	6%
36 a 45 años	14	17%
46 a 55 años	59	73%
> de 56 años	3	4%
TOTAL	81	100%
ESTADO CIVIL		
Con Pareja	64	79%
Sin Pareja	17	21%
TOTAL	81	100%
NUMERO DE HORAS DE ESPARCIMIENTO A LA SEMANA		
Menos de 10 horas/semana	50	62%
11 a 20 horas/semana	17	21%
Mas de 20 horas/ semana	14	17%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Encuesta aplicada al Profesional de Enfermería, Febrero –Marzo del 2009

TABLA N° 02
DISTRIBUCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, SEGÚN
FACTORES FAMILIARES – H.H.U. DE TACNA - 2008

FACTORES FAMILIARES	N°	%
NUMERO DE HIJOS		
Ningún hijo	6	7%
1 hijo	17	21%
2 hijos	39	48%
3 hijos	17	21%
Más de 3 hijos	2	3%
TOTAL	81	100%
CON QUIEN VIVE		
Con la familia	77	95%
Sola (o)	4	5%
TOTAL	81	100%
PROBLEMAS CON LA PAREJA		
Nunca	18	22%
Rara vez	37	46%
A veces	25	31%
Casi siempre	1	1%
Siempre	0	0%
TOTAL	81	100%
PROBLEMAS CON LOS HIJOS		
Nunca	29	36%
Rara vez	33	41%
A veces	17	21%
Casi siempre	2	2%
Siempre	0	0%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Encuesta aplicada al Profesional de Enfermería, Febrero –Marzo del 2009

TABLA N° 03

**DISTRIBUCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, SEGÚN
FACTORES LABORALES – H.H.U. DE TACNA - 2008**

FACTORES LABORALES	N°	%
FUNCION QUE CUMPLE		
Asistencial	68	84%
Administrativa	13	16%
TOTAL	81	100%
SITUACION LABORAL		
Nombrado	77	95%
Contratado	4	5%
TOTAL	81	100%
TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL SERVICIO		
0 a 10 años	51	63%
11 a 20 años	17	21%
21 a 30 años	3	4%
Más de 30 años	10	12%
TOTAL	81	100%
TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL HOSPITAL		
0 a 10 años	14	17%
11 a 20 años	25	31%
21 a 30 años	37	46%
Más de 30 años	5	6%
TOTAL	81	100%
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESION		
0 a 10 años	7	8%
11 a 20 años	24	30%
21 a 30 años	47	58%
Más de 30 años	3	4%
TOTAL	81	100%

NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA		
Menos de 20 horas/semana	2	3%
21 a 30 horas/semana	9	11%
31 a 40 horas/semana	56	69%
Más de 40 horas/semana	14	17%
TOTAL	81	100%
NÚMERO DE PACIENTES QUE ATIENDE DIARIAMENTE		
0 a 10 pacientes		25%
11 a 20 pacientes		31%
21 a 30 pacientes	20	27%
Más de 30 pacientes	25	17%
	22	
	14	
TOTAL	81	100%
TIENE OTRO TRABAJO FUERA DEL HOSPITAL		
SI	33	41%
NO	48	59%
TOTAL	81	100%
SE SIENTE SATISFECHO EN SU TRABAJO		
SI	74	91%
NO	7	9%
TOTAL	81	100%
SE SIENTE MOTIVADO EN SU TRABAJO		
SI	35	43%
NO	46	57%
TOTAL	81	100%
PROBLEMA MAS FRECUENTE EN EL AMBITO LABORAL		
Relaciones Interpersonales deterioradas	17	21%
Escasez de material y equipos	24	30%
Falta de Personal	10	12%
Remuneraciones bajas	7	9%
Demanda de pacientes	6	7%
Falta de estímulos	8	10%
Ningún Problema	9	11%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Encuesta aplicada al Profesional de Enfermería, Febrero –Marzo del 2009

CUADRO N° 01

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U.T DE TACNA - 2008

Mayo

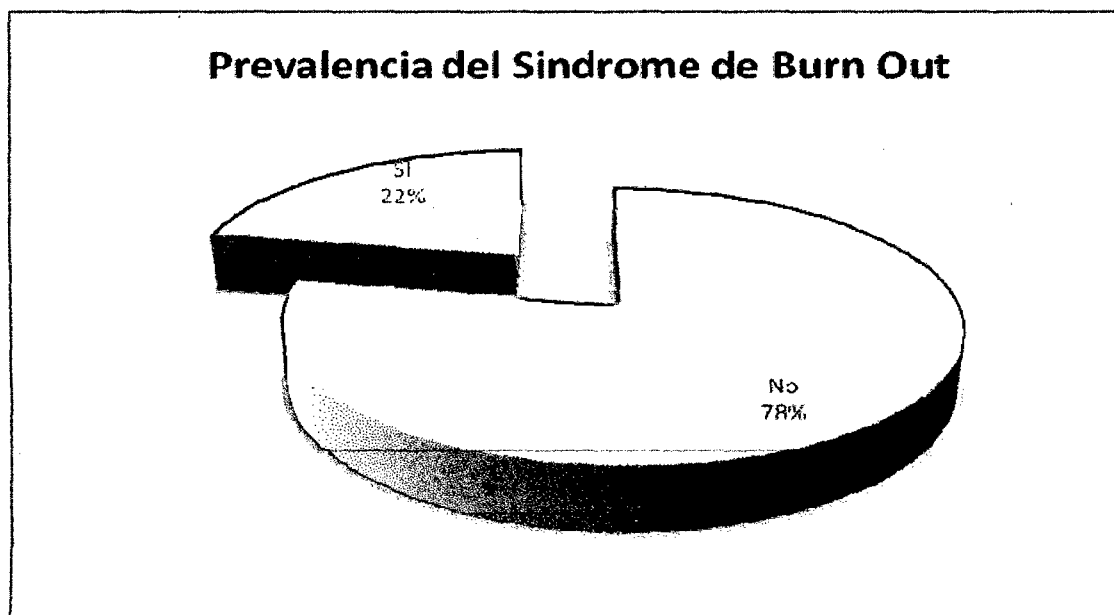
2009

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT	N°	%
Si presenta Síndrome de Burn Out	18	22,22%
No presenta Síndrome de Burn Out	63	77,78%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al Profesional de Enfermería del H.H.U.T. Febrero – Marzo del 2009

GRAFICO N° 01

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U.T. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 01 se observa que el 22,22% de los profesionales de Enfermería del H.H.U.T. presentan el Síndrome de Burn Out equivalente a 18 profesionales, y un 77,78% no presenta el Síndrome de Burn Out, equivalente a 63 profesionales.

La prevalencia del Síndrome de Burn Out se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

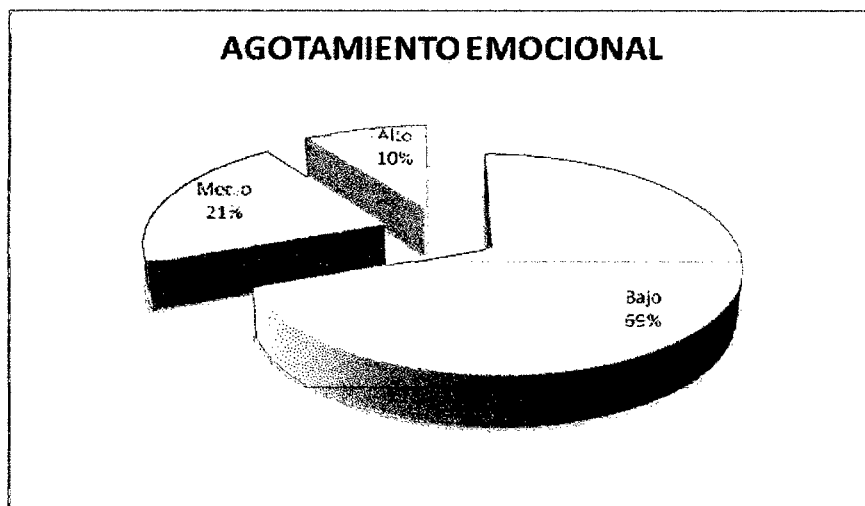
$$P = \frac{\text{Número de personas con la Enfermedad o Proceso en un momento determinado}}{\text{Número de personas de la población expuesta al riesgo en un momento determinado}} \quad (x 10^n)$$

CUADRO N° 02
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN DIMENSION DE
AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	N°	%
Bajo	56	69%
Medio	17	21%
Alto	8	10%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al Profesional de Enfermería, Febrero – Marzo del 2009

GRAFICO N° 02
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN DIMENSION DE
AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

Aplicado el cuestionario Maslach Burn Out Inventory (MBI), al profesional de Enfermería del H.H.U.T. en la dimensión de Agotamiento Emocional, el 69% presenta Agotamiento Emocional en grado Bajo, 21% en grado medio y 10% en grado alto.

CUADRO N° 03

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN DIMENSION DE DESPERSONALIZACION EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

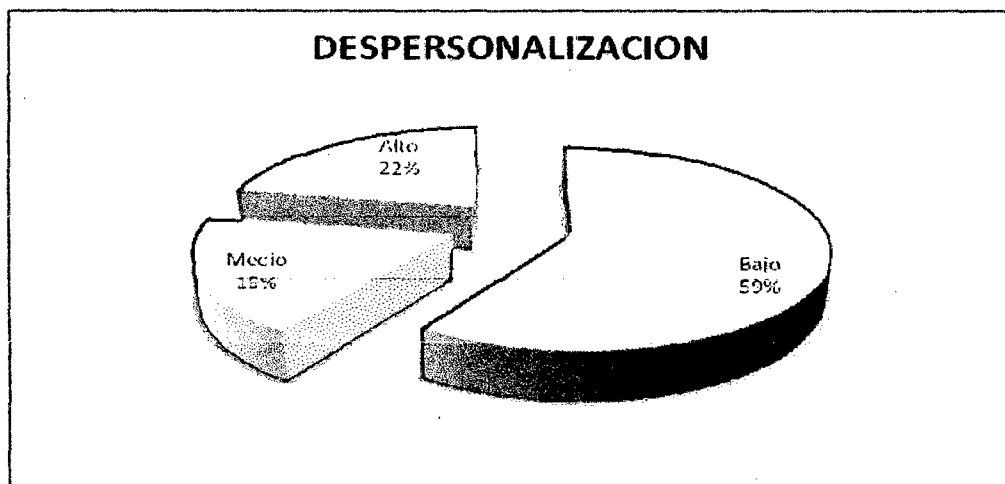
Mayo 2009

DESPERSONALIZACION	N°	%
Bajo	48	59%
Medio	15	19%
Alto	18	22%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al Profesional de Enfermería, Febrero – Marzo del 2009

GRAFICO N° 03

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGUN DIMENSION DE DESPERSONALIZACION EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

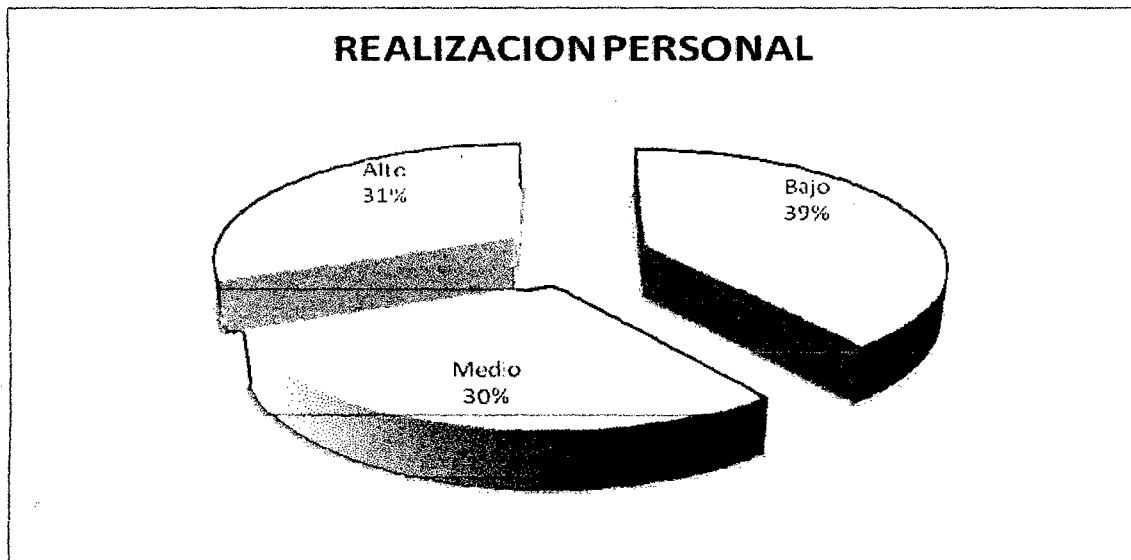
Aplicado el cuestionario Maslach Burn Out Inventory (MBI), al profesional de Enfermería del H.H.U.T. en la dimensión de Despersonalización, el 59% presenta Despersonalización en grado Bajo, 19% en grado medio y 22% en grado alto.

CUADRO N° 04
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN REALIZACION
PERSONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo	2009	
REALIZACION PERSONAL	N°	%
Bajo	32	39%
Medio	24	30%
Alto	25	31%
TOTAL	81	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado al Profesional de Enfermería, Febrero – Marzo del 2009

GRAFICO N° 04
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN DIMENSION DE
DESPERSONALIZACION EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

Aplicado el cuestionario Maslach Burn Out Inventory (MBI), al profesional de Enfermería del H.H.U.T. en la dimensión de Realización Personal, el 39% presenta Realización Personal en grado Bajo, 30% en grado medio y 31% en grado alto.

CUADRO N° 05

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SEXO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

SEXO	SINDROME DE BURN OUT				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Femenino	56	76,72	17	23,28	73	100
Masculino	7	87,50	1	12,50	8	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.A.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

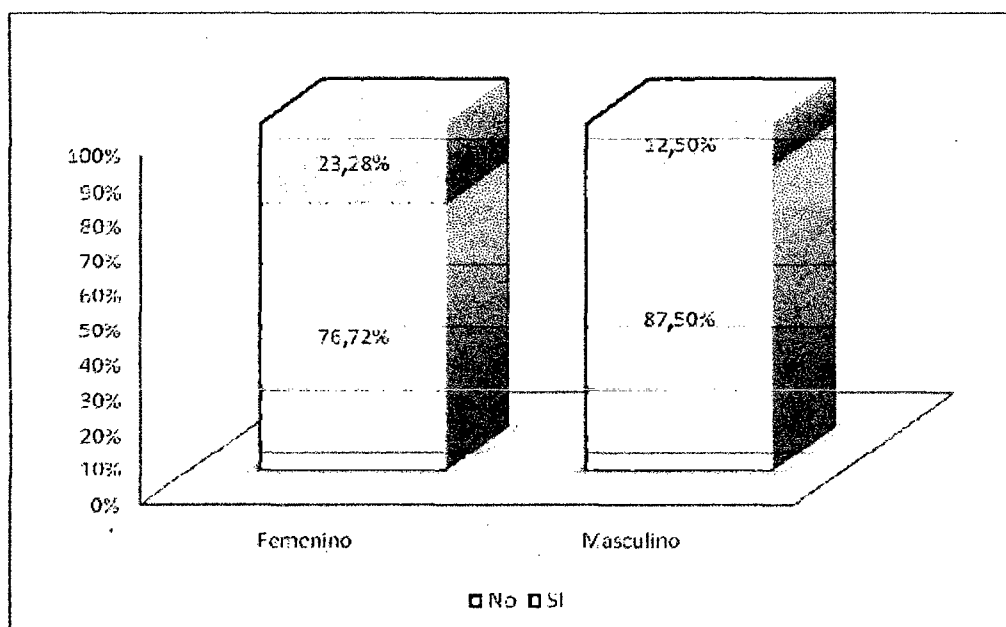
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,486

GRAFICO N° 05

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SEXO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 05 se observa que, en relación al sexo femenino del total de 73 Enfermeras correspondiente al 100%, 56 Enfermeras no presentan el Síndrome de Burn Out correspondiente al 76,72% y 17 si presentan el Síndrome de Burn Out correspondiente al 23,28%.

En relación al sexo masculino del total de 8 Enfermeros correspondiente al 100%, 7 no presentan el Síndrome de Burn Out correspondiente al 87,50%, 1 presenta el Síndrome de Burn Out, correspondiente al 12,50%.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el sexo no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 06

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN EDAD EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

EDAD	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menos de 35 años	5	100,00	0	0	5	100
36 a 45 años	8	57,14	6	42,86	14	100
46 a 55 años	48	81,36	11	18,64	59	100
Más de 56 años	2	66,67	1	33,33	3	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

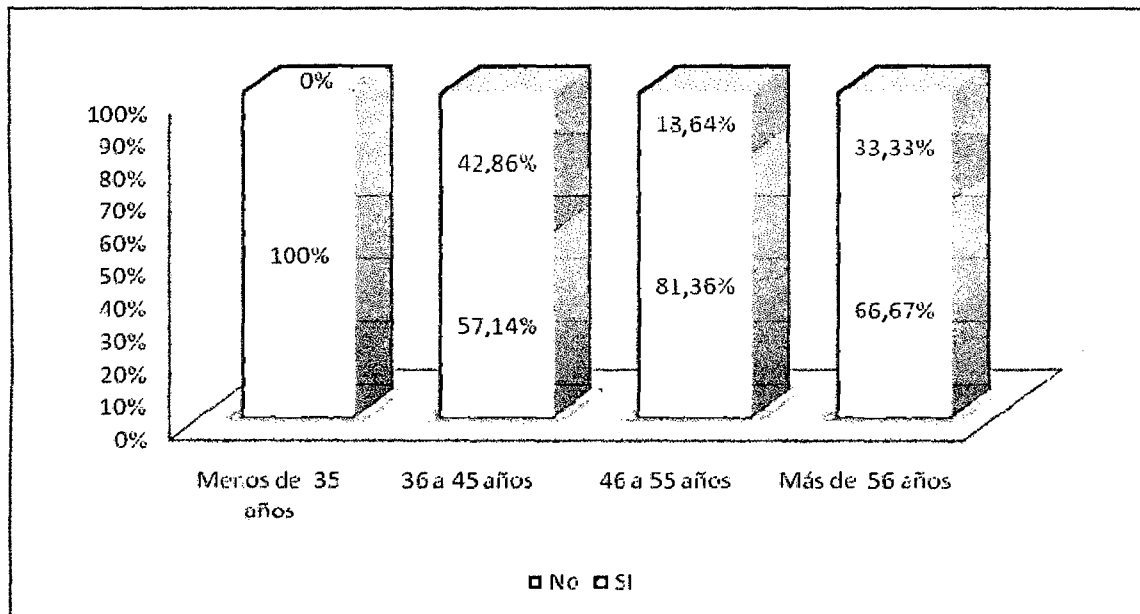
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,137

GRAFICOO N° 06

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN EDAD EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 06 se observa que, la presencia del Síndrome de Burn Out en relación a la edad, se presenta con mayor porcentaje entre el intervalo de edad de 46 a 55 años con 11 profesionales de Enfermería; seguido de 36 a 45 años con 6 casos; mas de 56 años con 1 caso, menos de 35 años con ningún caso.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, la edad no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 07

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

ESTADO CIVIL	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con Pareja	48	75	16	25	64	100
Sin Pareja	15	88,24	2	11,76	17	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

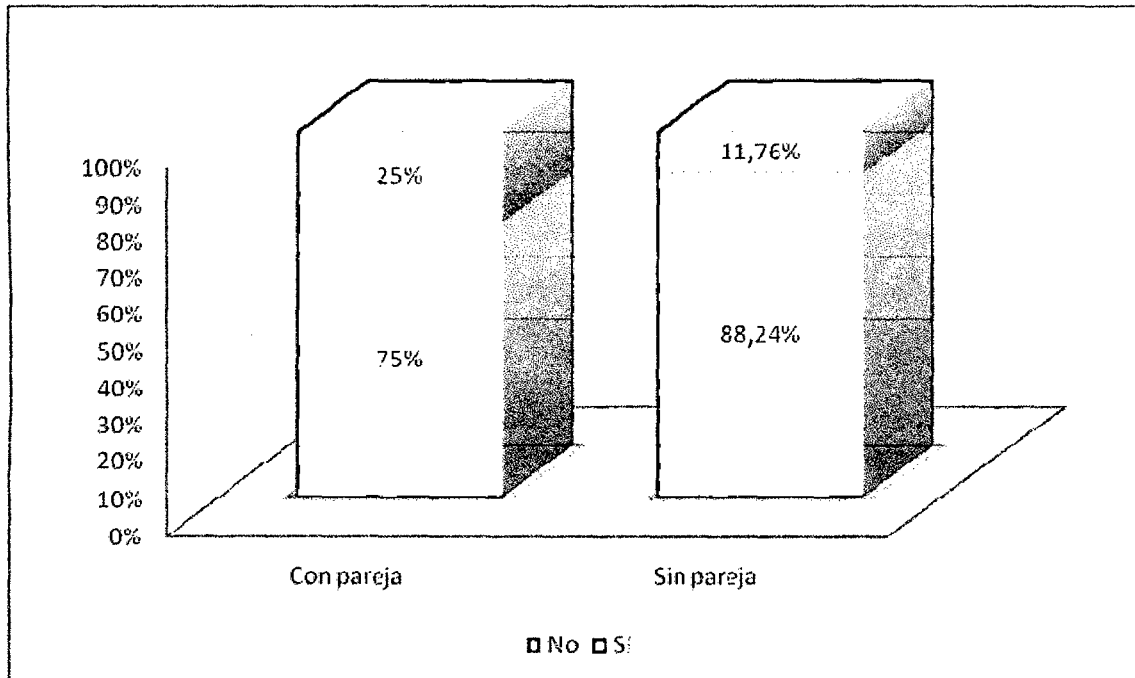
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,243

GRAFICO N° 07

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 07 se observa que, de los 18 profesionales que presentan el Síndrome de Burn Out correspondiente al 100%, 16 tienen pareja y 02 no tienen pareja.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el estado civil no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 08

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN HORAS DE ESPARCIMIENTO A LA SEMANA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

HORAS DE ESPARCIMIENTO	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
< de 10 horas/semana	36	72	14	28	50	100
11 a 20 horas/semana	15	88,24	2	11,76	17	100
> de 20 horas/semana	12	85,71	2	14,29	14	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

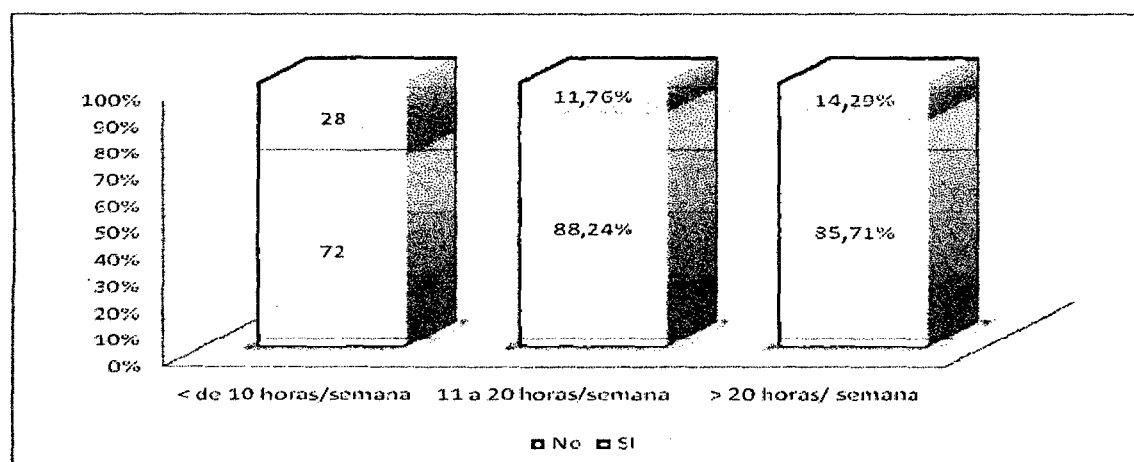
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,279

GRAFICO N° 08

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN HORAS DE ESPARCIMIENTO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 08 se observa que, el número de profesionales con mayor porcentaje de presencia del Síndrome de Burn Out tienen menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, correspondiente a 14 casos.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el número de horas de esparcimiento a la semana no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 09
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS
EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

NUMERO DE HIJOS	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ninguno	6	100,00	0	0	6	100
1 Hijo	13	76,47	4	23,53	17	100
2 Hijos	29	74,36	10	25,64	39	100
3 Hijos	14	82,35	3	17,65	17	100
Más de 3 hijos	1	50,00	1	50,00	2	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

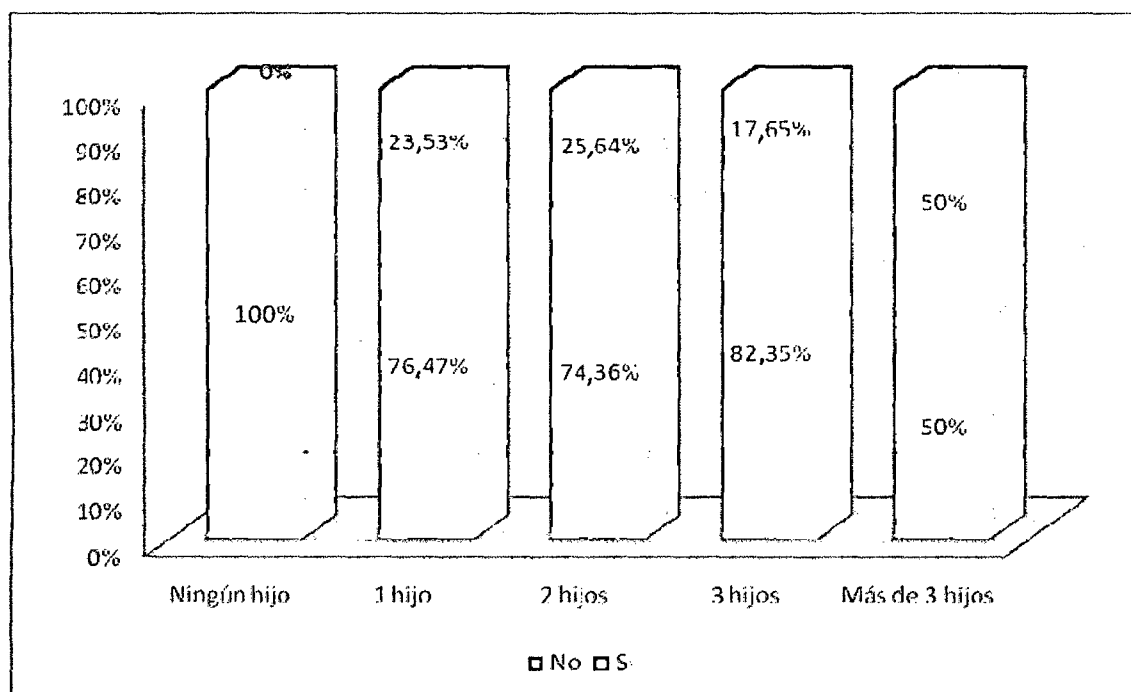
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,542

GRAFICO N° 09

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS
EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 09 se observa que, el número de profesionales con mayor porcentaje de presencia del Síndrome de Burn Out tiene 2 hijos, correspondiente a 10 casos.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el número de hijos no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 10

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CON QUIEN VIVE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008

Mayo

2009

CON QUIEN VIVE	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con la familia	59	76,62	18	23,38	77	100
Sola (o)	4	100,00	0	0	4	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

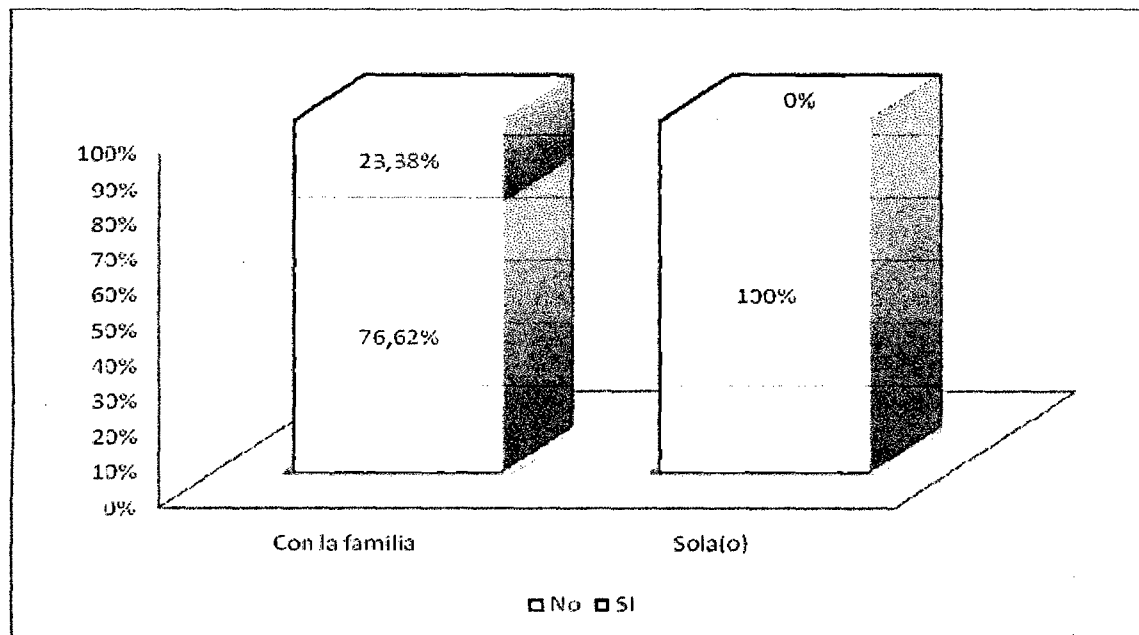
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,273

GRAFICO N° 10

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CON QUIEN VIVE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 10 se observa que, el 100% de los profesionales de Enfermería que presentan el Síndrome de Burn Out viven con la familia, correspondiente a 18 casos.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, con quien vive no tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 11

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS CON
LOS HIJOS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA – 2008**

Mayo

2009

CONFLICTOS CON LOS HIJOS	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nunca	25	86,21	4	13,79	29	100
Rara Vez	26	78,79	7	21,21	33	100
A veces	12	70,59	5	29,41	17	100
Casi siempre	0	0	2	100	2	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

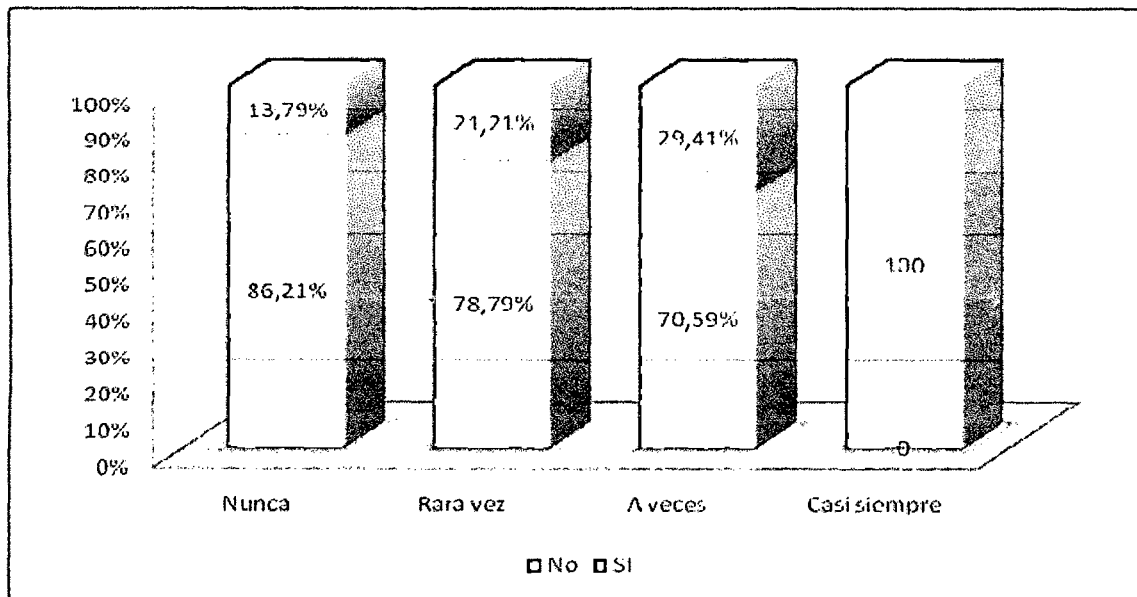
P < 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,033

GRAFICO N° 11

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS CON
LOS HIJOS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA - 2008**



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 11 se observa que, de los profesionales de Enfermería del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, tienen rara vez conflictos con los hijos correspondiente a 7 casos, seguido de a veces con 5 casos.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, los conflictos con los hijos si tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 12

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NUMERO DE
PACIENTES QUE ATIENDE DIARIAMENTE EN EL PROFESIONAL
DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008**

Mayo

2009

NUMERO DE PACIENTES QUE ATIENDE DIARIAMENTE	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 a 10 pacientes	9	45,00	11	55,00	20	100
11 a 20 pacientes	22	88,00	3	12,00	25	100
21 a 30 pacientes	19	86,36	3	13,64	22	100
Más de 30 pacientes	13	92,86	1	7,14	14	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

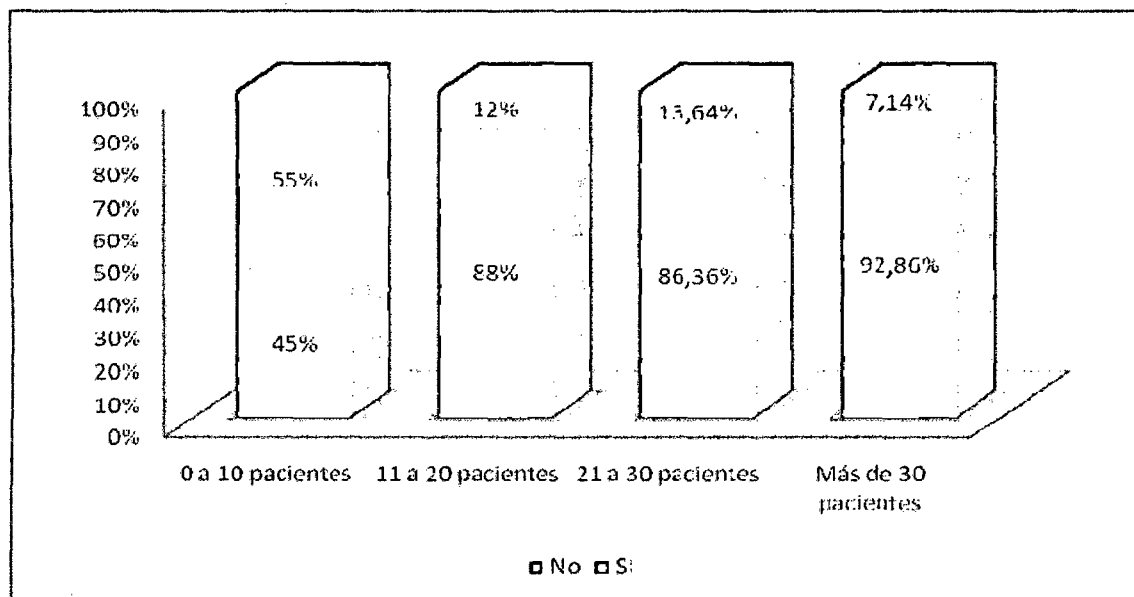
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,001

GRAFICO N° 12

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NUMERO DE
PACIENTES QUE ATIENDE DIARIAMENTE EN EL PROFESIONAL
DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008**



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 12 se puede observar que, el mayor porcentaje de profesionales de Enfermería del H.H.U.T que presenta el Síndrome de Burn Out atienden entre 0 a 10 pacientes diariamente con 11 casos.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el número de pacientes que atiende diariamente si tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 13

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SE SIENTE SATISFECHO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

SE SIENTE SATISFECHO EN SU TRABAJO	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	60	81,08	14	18,92	74	100
NO	3	42,86	4	57,14	7	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

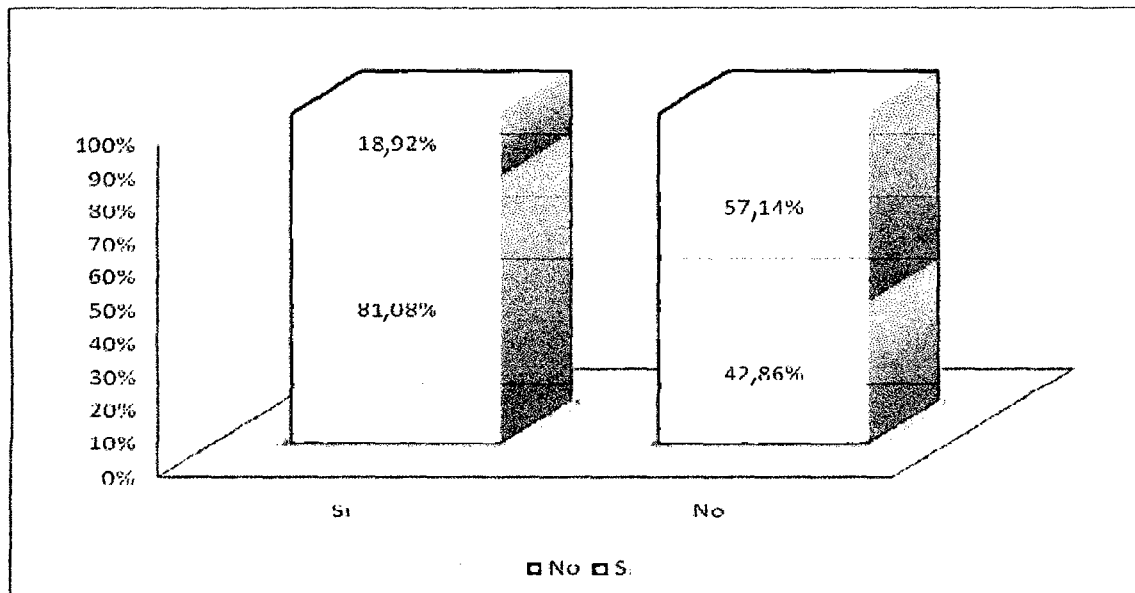
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,020

GRAFICO N° 13

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SE SIENTE SATISFECHO EN SU TRABAJO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 13 se puede observar que, el mayor porcentaje de profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que presentan el Síndrome de Burn Out si se sienten satisfechos en su trabajo, correspondiente a 14 casos; los otros 4 refieren no sentirse satisfechos en su trabajo.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el sentirse satisfecho en su trabajo si tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

CUADRO N° 14

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SE SIENTE MOTIVADO EN SU TRABAJO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

2009

SE SIENTE MOTIVADO EN SU TRABAJO	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	31	88,57	4	11,43	35	100
NO	32	69,57	14	30,43	46	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

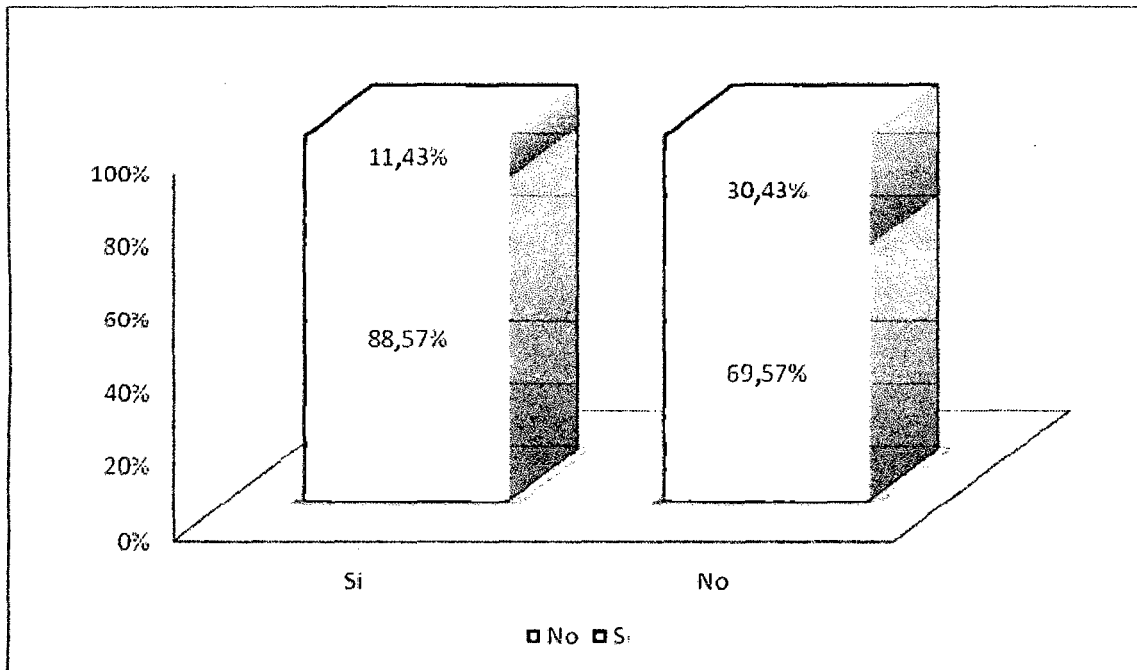
P > 0,05

X² tabla = 3,84

x² = calculado = 0,030

GRAFICO N° 14

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SE SIENTE MOTIVADO EN SU TRABAJO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



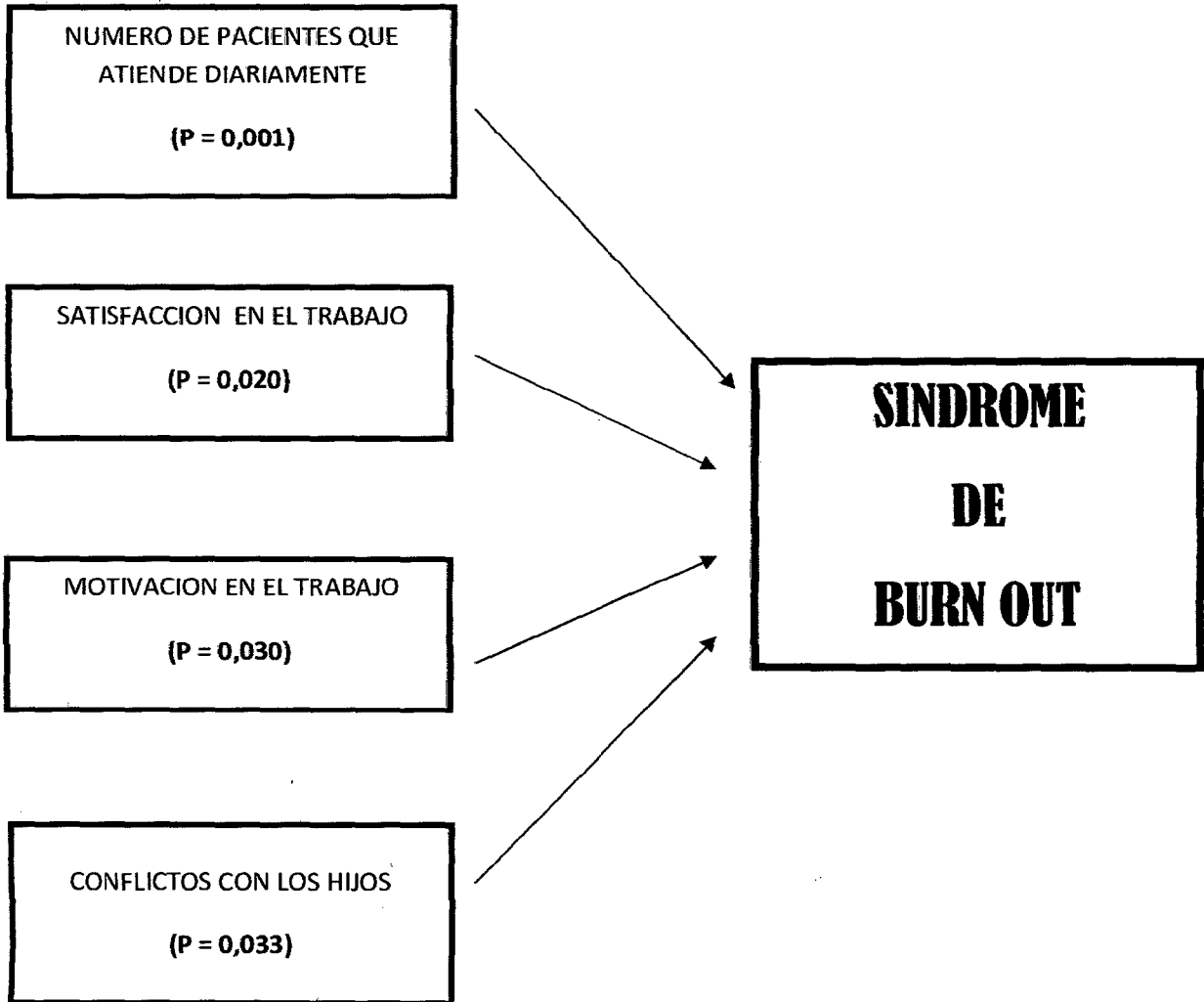
DESCRIPCION:

En el cuadro N° 14 se puede observar que, el mayor porcentaje de los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que presentan el Síndrome de Burn Out refieren no sentirse motivados en su trabajo, correspondiente a 14 enfermeros.

Aplicando la prueba de Ji-Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%, el sentirse motivado en el trabajo si tiene relación significativa con el Síndrome de Burn Out.

GRAFICO N° 15

FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURN OUT EN EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA - 2008



VERIFICACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

ENUNCIADO

La prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2008 es significativa, presentando características socio demográficas y familiares, y factores asociados laborales.

CONCLUSIÓN

Se da por válida con la verificación y validación de las tres hipótesis específicas que forman parte de la hipótesis general, se acepta como válida ésta última.

DISCUSIÓN

Para nuestro análisis tomaremos como referencia lo reportado en la literatura y estudios realizados a nivel nacional e internacional (referidos anteriormente en los antecedentes de estudio).

El Síndrome de Burn Out es un problema social y de salud pública, se trata de un trastorno adaptativo asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas a las que se está expuesto en el trabajo. Si bien es cierto en las últimas décadas los estudios acerca del Síndrome de Burn Out, se han ido incrementando, es necesario seguir abordando el tema a fin de conocer todos los aspectos que involucra esta enfermedad.

En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la Prevalencia, Características socio demográficas y familiares, y los factores asociados al Síndrome de Burn Out, en el profesional de Enfermería del H.A.H.U. de Tacna, en el año 2009.

De acuerdo a los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales, así mismo se realizará la confrontación con la literatura revisada.

- ❖ Las tres primeras tablas presentadas nos dan a conocer características socio demográficas, familiares y laborales de los

profesionales de Enfermería. Hay que resaltar que si bien es cierto existe predominancia del sexo femenino sobre el masculino, ésto se da porque quienes estudian mayormente la carrera profesional de Enfermería son mujeres, sin embargo en el estudio no se puede realizar un análisis acerca de esta variable y el Síndrome de Burn Out, ya que la diferencia de proporción entre los sexos es amplia: mujeres 90% y varones 10%.

Otro resultado a analizar es el de las horas de esparcimiento por semana, el 62% de los profesionales de Enfermería solo tienen menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, lo que significaría que al día tienen como tiempo de esparcimiento un promedio de 1 hora y 40 minutos; tiempo que es escaso para una profesión que exige altas demandas laborales y capacidad de respuesta inmediata ante eventuales emergencias; esto probablemente se debe por dos aspectos, la realización de otras tareas y/o actividades fuera del horario de trabajo y el rol que cumple el profesional en el ámbito familiar, lo que tendría relación con el resultado de la pregunta con quien vive, ya que el 95% de los profesionales viven con la familia y el 93% tiene por lo menos un hijo, lo que explicaría el escaso número de horas de recreamiento a la semana.

Llama la atención que el 57% de los profesionales de Enfermería refieren no sentirse motivados en el trabajo, esto se pueda deber quizá por las condiciones laborales en las que tienen que trabajar, como la escasez de material, falta de incentivos y sumamente importante el reconocimiento por parte del empleador y/o Institución.

Sin embargo, un resultado digno de resaltar es que el 91% de los profesionales se sienten satisfechos con su trabajo, lo que significaría que a pesar de las dificultades logran realizar un buen desempeño de sus funciones.

- ❖ El primer objetivo que nos trazamos fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2008. El cuadro N° 01 nos muestra que la prevalencia obtenida es del 22,2%; este resultado resulta ser similar al obtenido por Gutiérrez Villar quien encontró una prevalencia del 26,92% en el estudio titulado "Prevalencia del Síndrome de Burn Out y factores laborales asociados en el profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, Perú - 2006" y también concuerda con la prevalencia encontrada por Peralta y Pozo quien obtuvo el 29,2% en su estudio "Factores asociados al Síndrome de Burn Out en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta de Ayacucho".

Sin embargo Palmer, Prince, Searcy y Compean en su estudio "Prevalencia del Síndrome de Burn Out en el personal de Enfermería de 2 Hospitales de segundo nivel en la ciudad de Mexicali, México - 2007", obtuvo una prevalencia mucho menor (6,79%), este resultado podría explicarse por las características propias del profesional en cada region.

Así mismo al determinar la prevalencia según sub escalas del Síndrome de Burn Out, se obtuvo lo siguiente: para Agotamiento Emocional en grado bajo 69%, medio 21% y alto 10%; para Despersonalización se encontró grado bajo 59%, medio 19% y alto 22%, para Realización Personal, grado bajo 39%, medio 30% y alto 31%. El porcentaje para Despersonalización en grado medio 19% coincide con el encontrado por Gutiérrez Villar en la escala de Despersonalización (19%).

- ❖ El segundo objetivo propuesto es el de Precisar las características socio demográficas y familiares en el profesional de Enfermería del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, con Síndrome de Burn Out en el año 2008.

Al relacionar la prevalencia del Síndrome en mención con variables socio demográficas y familiares se ha encontrado que es mas frecuente

en el sexo femenino, entre los 46 a 55 años, con pareja estable, que tienen menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, que viven con la familia y tienen 2 hijos.

Nuestros resultados guardan concordancia con Palmer, Prince, Searcy y Compean y con Gutiérrez Villar, quienes encuentran que el sexo femenino es quien presenta mayor prevalencia del Síndrome de Burn Out (93,75%).

Y de acuerdo a la literatura se da a conocer que sería principalmente la mujer el grupo más vulnerable quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar, así como la elección de otras actividades que prolongan el rol de la mujer.

Referente a la característica con pareja estable, se encuentra concordancia con Ibáñez y Vilaregut quien encontró que dentro del perfil epidemiológico de padecer el Síndrome de Burn Out esta la de mujer casada.

Sin embargo en la literatura se ha asociado el Síndrome mas con las personas que no tienen pareja, ya que pareciera ser que las personas solteras tendrían mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas otras que están casadas o tienen una pareja estable.

Y en relación a, menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, guarda relación con lo encontrado también por Ibáñez y Vilaregut quien encontró que los Enfermeros (as) con pocas horas de ocio a la semana están dentro del perfil de padecer el Síndrome de Burn Out.

Referente a la edad de mayor incidencia del Síndrome, nuestros resultados no guardan concordancia con la bibliografía revisada ya que Palmer y colaboradores encuentran como edad promedio los 41 años; De otro lado contrastando con la literatura, en ella se encuentra como una posible variable epidemiológica que si bien no parece influir en la aparición del Síndrome se considera que pudiera existir un período de sensibilización, siendo éste los primeros años de la carrera profesional.

- ❖ El tercer objetivo es establecer cuales son los factores asociados al Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del H.H.U.T. en el año 2008. En el análisis del grafico N° 15 determinamos este objetivo. El primer factor asociado corresponde a los conflictos con los hijos por lo tanto se encuentra dentro de los factores familiares, esto significaría que el profesional presenta conflictos con los hijos como consecuencia de presentar el Síndrome.

Nuestros resultados se encuentran de acuerdo con lo expuesto por Maslach, quien afirma que el Síndrome de Burn Out no termina al salir

del centro laboral sino que repercute en la esfera familiar, afectando su vida privada, pues las actitudes cínicas y de despersonalización impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja y demás miembros de la familia.

El segundo factor asociado se refiere al número de pacientes que atiende diariamente, esta variable corresponde a los factores laborales, es decir la sobrecarga de trabajo a la que ha de responder el profesional, y la demanda de pacientes a los que ha de atender diariamente; nuestro resultado tiene concordancia con lo encontrado por Rejas y Acori (1993), quienes determinaron que existe sobrecarga laboral debido a la inadecuada dotación de personal que termina por agotar física y mentalmente a los profesionales de Enfermería.

Las otras dos variables asociadas se encuentran también dentro de los factores laborales, estas son: satisfacción en el trabajo y motivación en el trabajo, nuestros resultados tienen concordancia con lo encontrado por Quiroz y Saco (2003), quienes en su estudio "Factores asociados al síndrome de Burn Out en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco (Perú)" "obtuvieron asociación estadísticamente significativa para motivación laboral y satisfacción

laboral. En este sentido, se considera que, se debería cambiar y/o mejorar las formas de motivación del personal, ya no basada en la premisa que la gente debe ser dirigida, controlada y obligada, con poca delegación de funciones y sin tomar en cuenta muchas veces la participación de los profesionales en la planificación de las actividades, provocando la indiferencia del personal, desaprovechando de esta manera el potencial humano.

Para ello, sería importante dar mayor participación profesional, incentivos positivos como el elogio y reconocimiento en forma permanente, becas de capacitación, incentivos para asistencia a cursos y/o congresos, proporcionar oportunidades para el crecimiento personal y profesional mediante la programación de capacitaciones y dotándoseles de los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus actividades profesionales.

Finalmente se debe destacar que de las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al Síndrome en estudio, de las cuatro variables asociadas 3 pertenecen a la esfera laboral, lo cual nos permite deducir y corroborar que el Síndrome de Burn Out tiene sus causas dentro del ámbito laboral.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

1.- La Prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 es del 22,22%.

2.- El Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 se caracteriza por presentarse con mayor frecuencia en el sexo femenino, entre los 46 a 55 años con pareja que tienen menos de 10 horas de esparcimiento a la semana, que viven con la familia y tienen 2 hijos

3.- Los factores asociados al Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 son: conflictos con los hijos, número de pacientes que atiende diariamente, sentirse satisfecho en el trabajo y sentirse motivado en el trabajo.

4.- El Síndrome de Burn Out, tienes sus causas en el ámbito laboral, comprobándose con este estudio que los factores laborales son los que se encuentran mayormente asociados a su desarrollo, por lo que se debería prestar el interés debido para su intervención y no seguir dejando que el personal de Salud siga deteriorando su salud mental.

5.- De acuerdo a la Hipótesis planteada en el estudio: La prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2008 es significativa, presentando características socio demográficas y familiares, y factores asociados laborales; se concluye y se da por válida con la verificación y validación de las tres hipótesis específicas que forman parte de la hipótesis general, se acepta como válida ésta última.

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- ❖ Sensibilizar a los trabajadores y estudiantes del área de salud, sobre la prevalencia del Síndrome de Burn Out, sus implicaciones laborales y repercusiones en su salud.

- ❖ Realizar periódicamente una evaluación médica al equipo de Salud en general, aplicando el instrumento, con el objeto de identificar precozmente la presencia del Síndrome, ya que el recurso humano constituye la herramienta más importante en toda organización.

- ❖ Implementar la utilización del Maslach Burn Out Inventory (MBI) como instrumento para la detección temprana del Síndrome en los trabajadores, como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.

- ❖ Diseñar un programa de promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad pudiendo ser aplicado inicialmente en el Hospital, al personal de Enfermería, quienes se encuentran en mayor contacto con el usuario externo.

- ❖ A la Dirección Regional de Salud, principalmente al área de Salud Mental, poner mayor énfasis en la salud de sus trabajadores, y porque no incluir el Síndrome como enfermedad de origen profesional, aspectos que ya se vienen trabajando en otros países del mundo.

- ❖ A la Facultad de Enfermería, realizar un estudio de la Prevalencia de éste Síndrome en la población estudiantil, ya que los horarios y actividades que deben cumplir los estudiantes generan una constante fuente de estrés y presión a la cual están sometidos; ya que en estudios realizados se ha determinado que los estudiantes de pregrado ya empiezan a desarrollar éste Síndrome.

- ❖ Realizar investigaciones acerca del Síndrome de Burn Out, asociados a un punto de vista emocional, buscando identificar factores propios de la persona como el tipo de personalidad, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEAGLEHOLE R.; Bonita R.; Kjellstrom T. Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 551. 1994. Páginas 13-20.
2. BENJAMIN B. Lahey. Introducción a la Psicología. Mc Graw Hill. Sexta Edición. 1999. España. Páginas 549 - 554.
3. CAPILLA PUEYO, R. El Síndrome de Burnout o Desgaste profesional. Jano EMC 2000; Vol. 58, No 1334, Páginas 56-58- España.
4. CARMONA MONGE F.; Sanz Rodríguez L.; Marín Morales D. Síndrome de Burn Out y Enfermería: Factores moduladores. Clínica CIPIC. Año 2001.
5. CARDENAS RUEDA, P.R. Prevalencia, características y factores asociados del Síndrome de Burn Out o Agotamiento estudiantil, en los alumnos de la escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada de Tacna año 2006. Páginas 25 - 51. Perú.
6. DEL RIO Y PEREZAGUA. Síndrome de Burnout en los Enfermeros del Hospital Virgen de la Salud de Toledo .año 2003. España

7. DICCIONARIO MOSBY POCKET DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD. Harcourt. Edición en Español. 1999. Madrid España. Pagina 859
8. DICCIONARIO PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO. Ediciones Larousse. Año 1982. Paginas: 941, 946
9. FERNANDEZ L., N.; Manzano G., G. Síndrome de Burnout: Sus efectos y prevención en las organizaciones. Capital Humano No. 151. Enero 2002. Madrid – España.
<http://www.bdntraining.com/web/noticias/repo26.asp>.
10. GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, E. J. Tesis sobre Burnout. Asociación Colombiana para el avance de Ciencias del Comportamiento, 1999.
<http://www.abacolombia.org/areas/organizaciones/burnout.net>
11. GIL-MONTE, P.R. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. Revista Electrónica InterAcao Psy - Año 1, Nº 1 - Ago 2003. Páginas 19 - 33. España.
12. GIL-MONTE P.R.; Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo Anales de Psicología 1999. Volumen 15. Nº 2. Páginas 261-268. Murcia. España.

13. GIL-MONTE P.R.; Carretero N.; Roldan M^a D. Algunos procesos psicosociales sobre el Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. Universidad de Valencia 2005 Volumen 11(2-3). Páginas 281-290. España.
14. GIL-MONTE P.R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. Psicología en estudio. Año 2002. Volumen 7. Nº 1. España.
15. GIL-MONTE P.R. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Psicología Científica 2001. Universidad de Valencia. España.
16. GONZALES ROMA V. y Col. Comparación de modelos causales sobre la experiencia de Burnout: Un estudio multimuestra. Ansiedad y estrés 1998. Vol. 04, No.01:81-95. España.
17. GUTIÉRREZ VILLAR. "Prevalencia del síndrome de Burn Out y factores laborales asociados en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Militar Central, Abril 2006, Perú".

18. HERNANDEZ R.; Fernández C.; Baptista P. Metodología de la Investigación. 1º Edición. Panamericana Formas e Impresos S.A. 1991. Páginas 21-55.
19. IBÁÑEZ Y VILAREGUT. 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. Año 2004. España.
20. ILLERA RIVERA, D. Síndrome de Burnout, Aproximaciones Teóricas, Resultados de Algunos Estudios en Popayán, Cauca – Colombia año 2006.
21. LOPEZ C.; Zegarra A.; Cuba V. Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen año 2006. Perú. Revista de Ciencias de la Salud. Volumen 1:1 Páginas 53 - 61.
22. MARRINER TOMEY A.; Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt Brace. Cuarta Edición. 1999. Madrid España. Páginas 267 - 283.
23. MASLACH, C.; Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
24. MELGOSA, J. Nuevo estilo de vida ¡Sin estrés!. Asociación Casa editora sudamericana. Editorial Safeliz. Primera Edición. 1994. Argentina. Páginas 16 - 28.

25. MINISTERIO DE SALUD 2004 "Lineamientos para la acción en Salud Mental". www.minsa.gob.pe
26. MORENO JIMENEZ, B.; Bustos, R.; Matallana A.; Miralles T. La evaluación del Burnout, Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Universidad Autónoma Madrid. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. año 2007. Volumen 13. Nº 2. Páginas 185 – 207. España.
27. PALMER, Prince, Searcy Y Compean. "Prevalencia del Síndrome de Burn Out en el personal de Enfermería en 2 hospitales de segundo nivel en la ciudad de Mexicali, Año 2007 México.
28. PERALTA Y POZO. Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta - Ayacucho. Año 2006. Perú.
29. QUIROZ VALDIVIA, R; Saco Méndez S. Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco año 1998. SITUA-XXIII. Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC. Páginas 11 - 22. Perú.
30. REJAS Y ACORI. Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub REGIONAL de Ayacucho. Año 1998. Perú.

- 31.**RIOS M.; Williams B. Prevalencia y factores asociados en profesionales Serums de la Red de servicios de salud Huamanga. Ayacucho 2006. Universidad Peruana Unión. Perú.
- 32.**SOLANO RUIZ, M.A. y Col. Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Críticos. Enfermería Intensiva 2002.Vol.13,Nº 01:09-16.España.
- 33.**TOUS PALLARES, J. Quemarse en el trabajo: El Síndrome de Burnout.
- 34.**TUESCA R.; Iguarán Urdaneta M.; Suárez Lafaurie M.; Vargas Torres G.; Vergara Serpa D. Síndrome de Desgaste profesional en Enfermeras del área metropolitana de Barranquilla. Colombia.
- 35.**TUMES, ANTONIO. La Salud Mental, Medico y los profesionales de la Salud. El Diario Medico, Septiembre 2002. Uruguay. Páginas 2-3.

ANEXOS

ANEXO N° 01

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
VARIABLES INDEPENDIENTES**

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			
VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Sexo	Género	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Años	< 35 años 35 a 45 años 46 a 55 años > de 55 años	Intervalo
Estado Civil	Encuesta	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Separado	Nominal
Horas de esparcimiento a la semana	Horas	Menos de 10 horas 10 a 20 horas Mas de 20 horas	Intervalo
FACTORES FAMILIARES			
Número de hijos	Número	Ninguno 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 o más	Nominal
Con quien vive	Mediante encuesta se obtiene información	Con el conyugue e hijos Sólo con la pareja	Nominal

		Sólo con los hijos Con los padres Solo	
Conflictos con la pareja	Mediante encuesta se obtendrá información	Nunca Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nominal
Conflictos con los hijos	Mediante encuesta se obtendrá información	Nunca Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nominal
FACTORES LABORALES			
Función que cumple en el Hospital.	Función	Asistencial Administrativa	Nominal
Servicio en el cual labora actualmente.	Servicios de Hospitalización de H.H.U.T	Medicina Cirugía Sala de Operaciones UCI Psiquiatría Emergencia Gineco –Obstetricia Serciquem Pediatria Neonatología	Nominal
Situación Laboral.	Mediante encuesta se obtendrá información.	Nombrado Contratado	Nominal
Tiempo trabajando en el Servicio.	Meses o Años	0 a 10 años 11 a 20 años	Intervalo

		21 a 30 años	
Tiempo de experiencia en la profesión.	Años	0 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años + de 30 años	Intervalo
Tiempo de Servicio en el Hospital.	Años	0 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años Más de 30 años	Intervalo
Horas semanales de trabajo dentro del Hospital	Horas	Menos de 20 horas 21 a 30 horas 31 a 40 horas Más de 40 horas	Intervalo
Número de pacientes que atiende diariamente.	Número de pacientes	0 a 10 pacientes 11 a 20 pacientes 21 a 30 pacientes más de 30 pacientes	Intervalo
Tiene otro trabajo fuera del Hospital	Mediante encuesta se obtendrá información	Si No	Nominal
Horas de trabajo a la semana fuera del Hospital	Horas	Número de horas referidas en el instrumento.	Intervalo
Se siente satisfecho en su	Satisfacción	Si No	Nominal

trabajo dentro del Hospital			
Se siente motivado en su trabajo dentro del Hospital	Motivación	Si No	Nominal
Problemas más frecuentes en el ámbito laboral.	Mediante encuesta se obtendrá información	Problemas laborales	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE			
SINDROME DE BURN OUT			
Síndrome de Burn Out	Test de Maslach Inventory (MBI). Versión española.	Agotamiento emocional alto. Bajo: < o = 18 pts. Medio: 19 a 26 pts. Alto: > o = 27 pts. Despersonalización alta Bajo: < o = 5 pts. Medio: 6 a 9 pts. Alto: > o = 10 pts. Baja realización personal Bajo: < o = 33 pts. Medio: 34 a 39 pts. Alto: > o = 40 pts.	Intervalo

ANEXO N° 02

**CUESTIONARIO
MASLACH INVENTORY BURN OUT (MBI)**

CUESTIONARIO**MASLACH INVENTORY BURN OUT**

El presente instrumento tiene como finalidad la obtención de información, que será útil para el estudio que se viene realizando acerca del **Síndrome de Burn Out**, le pido se sirva responder a los ítems planteados con la mayor sinceridad y confianza posible, ya que éste es de carácter confidencial y anónimo, desde ya agradezco su colaboración y gentileza.

INSTRUCCIONES: Marque con un círculo, según la frecuencia con que sienta cada ítem

LEYENDA:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	1 o varias veces al año	1 vez al mes o menos	Varias veces al mes	1 vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

ITEM	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotada (o).	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotada (o).	0	1	2	3	4	5	6
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos.	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con los pacientes me llega a cansar.	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de los pacientes a los que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que mi trabajo me esta desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de mis pacientes, a través de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6

10. Siento que me he vuelto mas duro con la gente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que mi trabajo me este endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes a los que tengo que atender profesionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
16. Siento que trabajar en contacto directo con los pacientes me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de haber atendido a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0	1	2	3	4	5	6
22. Me parece que los pacientes a los que atiendo me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Fuente: Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1981). Versión Española.

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO N° 03
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, FAMILIARES
Y LABORALES

ENCUESTA**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, FAMILIARES Y LABORALES**

El presente instrumento tiene como finalidad la obtención de información, que será útil para el estudio que se viene realizando acerca del **Síndrome de Burn Out**, le pido se sirva responder a los ítems planteados con la mayor sinceridad y confianza posible, ya que éste es de carácter confidencial y anónimo, desde ya agradezco su colaboración y gentileza.

INSTRUCCIONES: Marque y/o conteste según corresponda.

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

- a) Sexo: Femenino () Masculino ()
- b) Edad: _____
- c) Estado Civil:
- | | | |
|-----------------|--------------|----------------|
| Soltero () | Casado () | Divorciado () |
| Conviviente () | Separado () | Viudo () |
- d) Cuántas horas de esparcimiento tiene a la semana: _____ (horas)

II. FACTORES FAMILIARES

- a) Con quien vive:
- | | |
|----------------------------|------------------------|
| Con el cónyuge e hijos () | Sólo con la pareja () |
| Sólo con los hijos () | Con los padres () |
| Solo () | |
- b) Cuantos hijos tiene: _____
- c) Presenta conflictos con la pareja:
- | | | |
|------------------|--------------|-------------|
| Nunca () | Rara vez () | A veces () |
| Casi siempre () | Siempre () | |
- d) Presenta conflictos con los hijos:
- | | | |
|------------------|--------------|-------------|
| Nunca () | Rara vez () | A veces () |
| Casi siempre () | Siempre () | |

III. FACTORES LABORALES

a) En el hospital, actualmente cumple función:

Asistencial () Administrativa ()

b) En que situación laboral se encuentra actualmente:

Nombrado () Contratado ()

c) Actualmente en que servicio se encuentra trabajando:

Medicina () Cirugía () Sala de Operaciones ()
UCI () Psiquiatría () Emergencia ()
Serciquem () Pediatría () Neonatología ()
Gineco-Obstetricia () Otro ()

d) ¿Qué tiempo tiene trabajando en el Servicio? _____

e) ¿Que tiempo de Experiencia tiene en la Profesión? _____ (años)

f) ¿Qué tiempo de Servicio tiene en el Hospital? _____ (años)

g) ¿Cuántas horas de trabajo tiene a la semana dentro del Hospital? _____

h) Número de pacientes que atiende diariamente: _____

i) ¿Tiene otro trabajo fuera del Hospital? SI () NO ()

j) Se siente satisfecho en su trabajo dentro de Hospital: SI () NO ()

k) Se siente motivado en su trabajo dentro del Hospital: SI () NO ()

l) En general, que problema considera el más frecuente y/o importante en el ámbito laboral:

1.- _____

Fuente: Instrumento elaborado por la Investigadora, Diciembre del 2008

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO N° 04
PUNTAJES ASIGNADOS AL INSTRUMENTO

PUNTAJES ASIGNADOS

Los puntajes asignados para el cuestionario son:

CRITERIOS PARA LA PUNTUACION:

ESCALA	NIVELES		
	Bajo	Moderado	Alto
Agotamiento Emocional	< o = de 18	19 a 26	> o = de 27
Despersonalización	< o = de 5	6 a 9	> o = de 10
Realización Personal	< o = de 33	34 a 39	> o = de 40

Para el presente estudio se consideró la presencia del Síndrome de Burn Out a los profesionales de Enfermería que presentaron por lo menos dos escalas en niveles altos.

ANEXO N° 05

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

(Mediante el criterio de Expertos)

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objeto recoger las informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

"Prevalencia, Características y Factores asociados del Síndrome de Burn Out en el Profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue Tacna - 2008"

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una absolución escasa de la interrogante
3. Representa la absolución del ítem en términos intermedios
4. Representa una estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del Instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendría que incrementar o que aspectos habría que suprimirse?	<p>.....</p> <p>.....</p>				

MUCHAS GRACIAS.

INSTRUMENTO
FACOTRES SOCIODEMOGRAFICOS, FAMILIARES Y LABORALES

PROCEDIMIENTO:

Primero: Se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios:

N° DE ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	3	5	5	4.25
2	4	3	5	5	4.25
3	5	3	4	4	4.00
4	4	3	5	5	4.25
5	4	3	5	5	4.25
6	4	3	5	5	4.25
7	5	3	5	5	4.50
8	5	3	4	5	4.25
9	4	3	5	5	4.25

Segundo: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: DPP} = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

X = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y = El promedio de cada ítem.

En este estudio la DPP hallada fue de: **2.27**

Tercero: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Donde: Dmax} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

X = Valor máximo en la escala para cada ítem.

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem.

La Dmax hallada fue de 12.00

Cuarto: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de **2.40**.

Quinto: Con este ultimo valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

- A =** Adecuación Total
- B =** Adecuación en gran medida
- C =** Adecuación Promedio
- D =** Escasa adecuación
- E =** Inadecuación

A

0 2.40

B

2.40 4.80

C

4.80 7.20

D

7.20 9.60

E

9.60

12.00

Sexto: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete a nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado del DPP fue de **2.27** cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

**INSTRUMENTO
SINDROME DE BURN OUT**

PROCEDIMIENTO:

Primero: Se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios:

N° DE ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	4	5	4	4.25
2	4	4	5	4	4.25
3	4	3	4	3	3.50
4	4	4	5	4	4.25
5	4	3	5	5	4.25
6	4	3	5	4	4.00
7	5	3	5	4	4.25
8	5	3	4	4	4.00
9	4	4	5	4	4.25

Segundo: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: DPP} = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

X = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y = El promedio de cada ítem.

En este estudio la DPP hallada fue de: **2.37**

Tercero: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Donde: Dmax} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

X = Valor máximo en la escala para cada ítem.

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem.

La Dmax hallada fue de 11.70

Cuarto: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de **2.34**

Quinto: Con este ultimo valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

- A =** Adecuación Total
- B =** Adecuación en gran medida
- C =** Adecuación Promedio
- D =** Escasa adecuación
- E =** Inadecuación

A

0 2.34

 B

2.34 4.68

 C

4.68 7.02

 D

7.02 9.36

 E

9.36 11.70

Sexto: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete a nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado del DPP fue de **2.37** cayendo en la zona B, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad

Maslach Inventory Burn Out

N° de Casos	15
Alfa de Cronbach	0.755
N° de ítems	22

ANEXO N° 07

CREDENCIAL DE ACREDITACION

CREDENCIAL

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA, LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL "HIPOLITO UNANUE" - TACNA

ACREDITA A:

DASENKA DEL ROSARIO FRANCO PAREDES

Para que realice su trabajo de Investigación Aplicando una encuesta "PREVALENCIA, CARACTERISTICAS Y FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURN OUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AÑO 2009" realizando su recolección de datos a través de instrumentos de medición (Encuesta) en el Personal Profesional del departamento de Enfermería durante un mes a partir del 19 de Febrero del presente año.

Se expide la siguiente constancia, para los fines que el interesado vea por conveniente. No teniendo Valor Oficial para Acción Judicial Contra el Estado.

Tacna, Febrero del 2009



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE TACNA
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL "HIPOLITO UNANUE" DE TACNA

Med. Jaime Edgar Miranda Benavente
C.M.P. N.º 2008
Director Ejecutivo

JMB/JDHC

ANEXO N° 08

GLOSARIO DE TERMINOS

GLOSARIO DE TERMINOS

SALUD MENTAL: Estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio que surge de las dimensiones biosicosociales y espirituales del desarrollo y se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona.

SINDROME DE BURN OUT: Enfermedad severa que suele derivarse como respuesta al estrés laboral crónico, en el cual se experimenta un cuadro crónico de agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales.

DESPERSONALIZACION: Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se brinda un servicio.

REALIZACION PERSONAL: Tendencia a evaluar el trabajo de forma negativa, los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima personal.

ESTRÉS: Conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas.

PREVALENCIA: Número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dado.

INCIDENCIA: Número de casos nuevos que se producen durante un periodo determinado en una población específica.

EPIDEMIOLOGIA: Estudio o ciencia que trata de las epidemias.

SINDROME: Conjunto de signos y síntomas que se producen al mismo tiempo en un patrón característico de una enfermedad o trastorno determinado.

MODELO: Idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

TEORIA: Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

CONCEPTO: Formulación mental compleja de un objeto, propiedad o suceso que se deduce de la experiencia perceptiva individual. Puede asociarse a una idea, una imagen mental o una generalización conformada y desarrollada en la mente.

DEFINICION: Enunciados que expresan el significado de una palabra, una frase o un termino.

HIPOTESIS: Enunciado de relación que aun debe comprobarse.

ANEXO N° 09

CUADROS Y GRAFICOS

CUADRO N° 04

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS
CON LA PAREJA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA - 2008**

Mayo

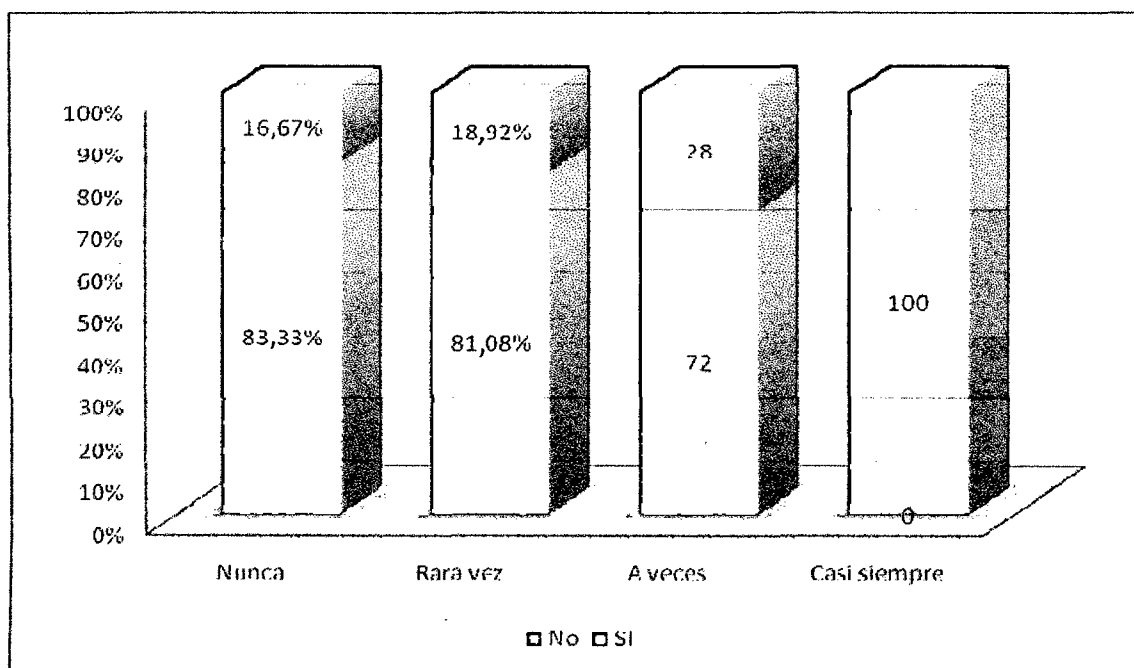
2009

CONFLICTOS CON LA PAREJA	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	15	83,33	3	16,67	18	100
Rara Vez	30	81,08	7	18,92	37	100
A veces	18	72,00	7	28,00	25	100
Casi siempre	0	0	1	100,00	1	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 04

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS
CON LA PAREJA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
DEL H.H.U. DE TACNA - 2008**



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 04 se observa que, de los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, tienen rara vez y a veces conflictos con la pareja correspondiente a 7 enfermeros respectivamente.

CUADRO N° 05

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS CON LOS HIJOS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008

Mayo

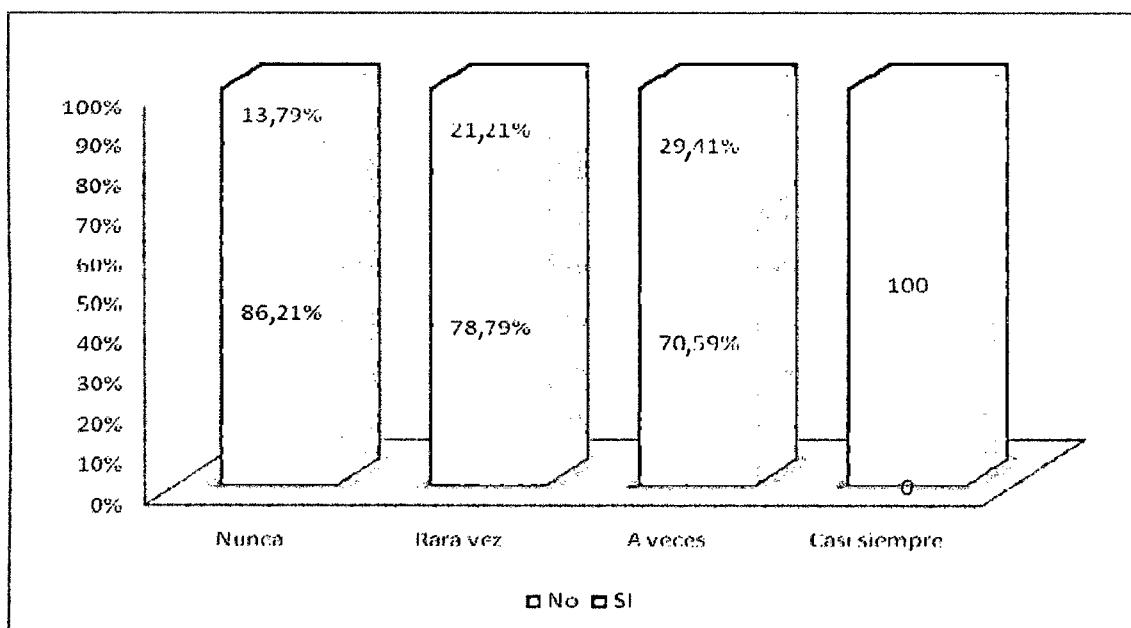
2009

CONFLICTOS CON LOS HIJOS	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	25	86,21	4	13,79	29	100
Rara Vez	26	78,79	7	21,21	33	100
A veces	12	70,59	5	29,41	17	100
Casi siempre	0	0	2	100	2	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 05

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN CONFLICTOS CON LOS HIJOS EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA- 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 05 se observa que, de los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, tienen rara vez conflictos con los hijos correspondiente a 7 casos, seguido de a veces con 5 casos.

CUADRO N° 06

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN FUNCION QUE CUMPLE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

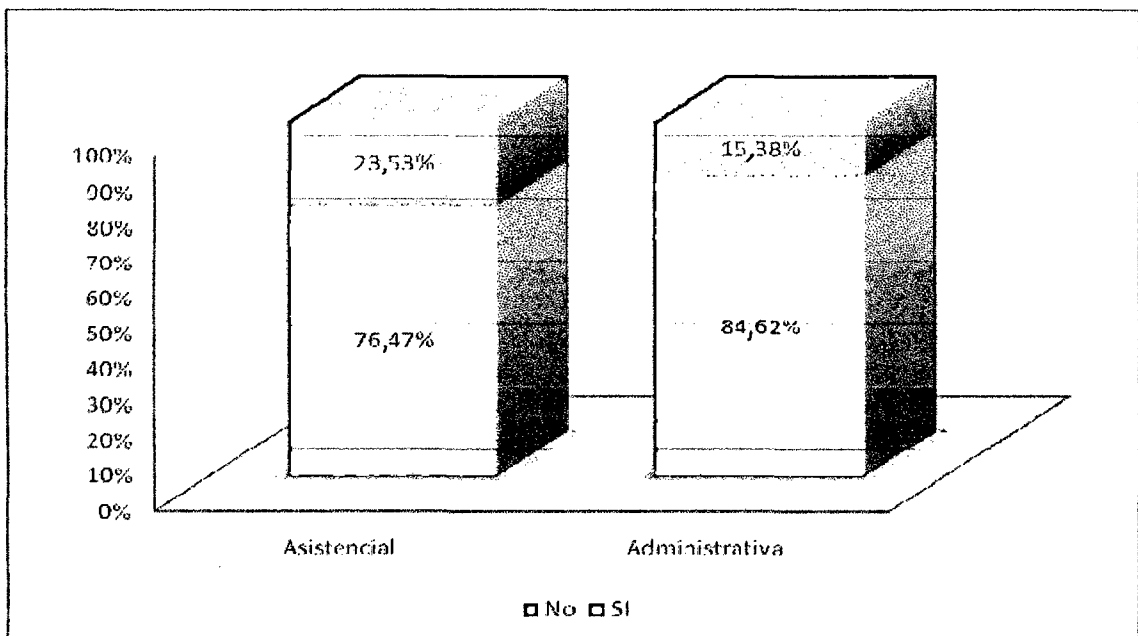
2009

FUNCION QUE CUMPLE	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Asistencial	51	76,47	17	23,53	68	100
Administrativa	11	84,62	1	15,38	13	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 06

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN FUNCION QUE CUMPLE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 06 se observa que, de los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, la gran mayoría cumple función asistencial correspondiente a 17 casos.

CUADRO N° 07

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SITUACION LABORAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008

Mayo

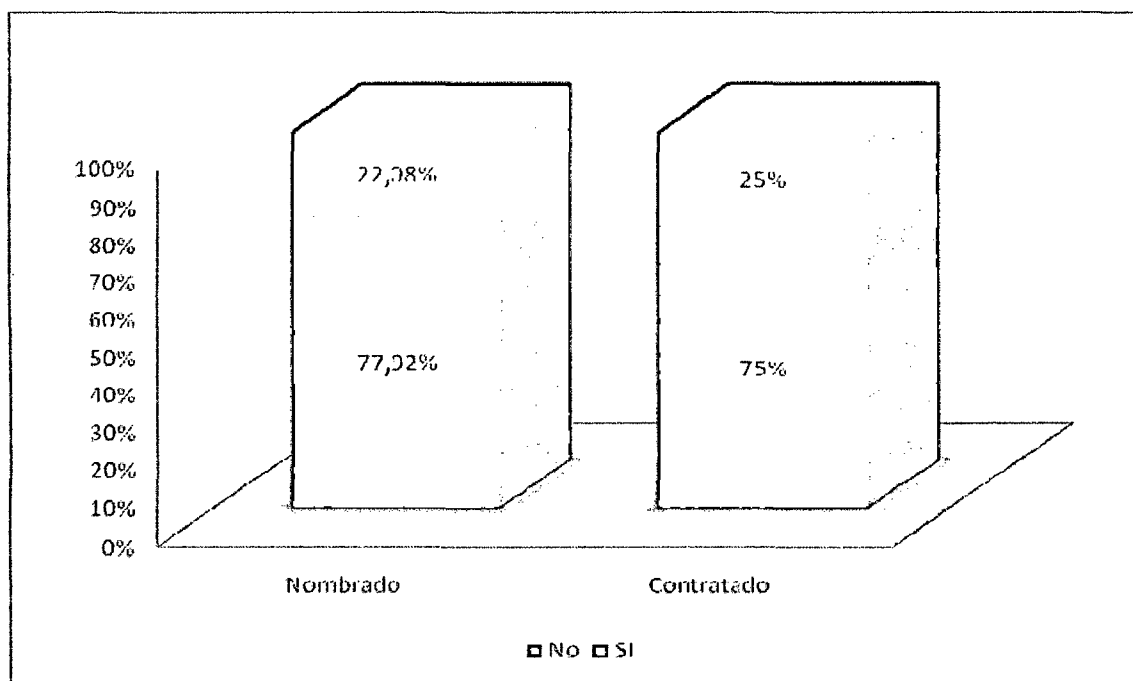
2009

SITUACION LABORAL	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nombrado	60	77,92	17	22,08	77	100
Contratado	3	75,00	1	25,00	4	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 07

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN SITUACION LABORAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 07 se observa que, del profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, en su gran mayoría son los profesionales que tienen como situación laboral nombrado, correspondiente a 17 casos (90%).

CUADRO N° 08

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL SERVICIO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

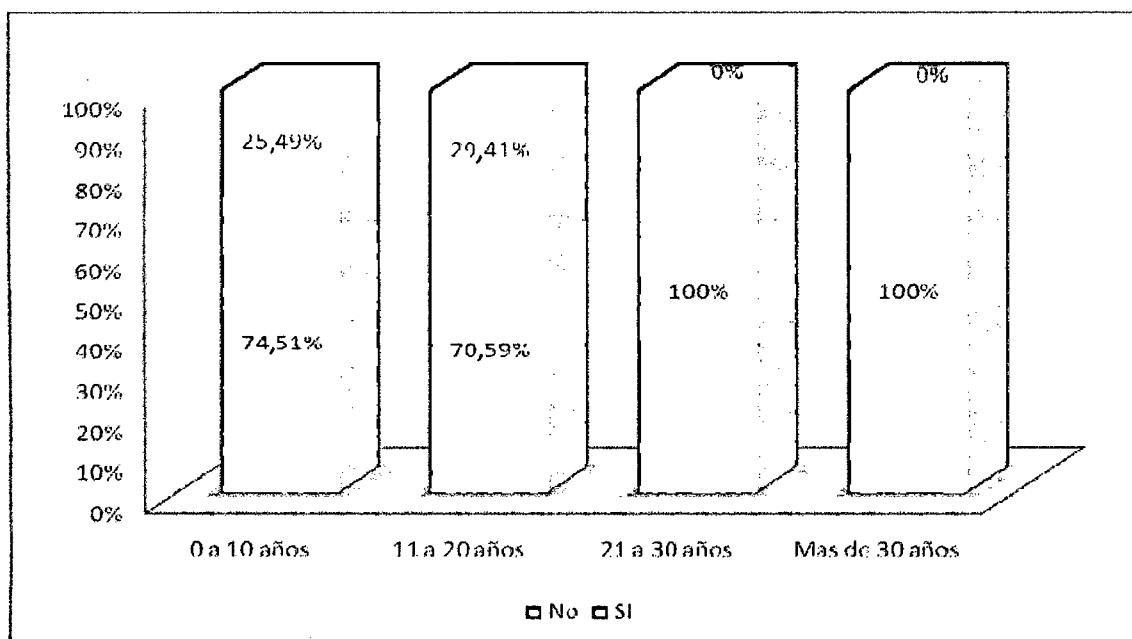
2009

TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 a 10 años	38	74,51	13	25,49	51	100
11 a 20 años	12	70,59	5	29,41	17	100
21 a 30 años	3	100	0	0	3	100
Más de 30 años	10	100	0	0	10	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 08

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL SERVICIO, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 08 se observa que, el mayor porcentaje de los profesionales de Enfermería que presentan el Síndrome de Burn Out tienen trabajando de 0 a 10 años en el Servicio, correspondiente a 13 casos, seguido por de 11 a 20 años con 5 casos.

CUADRO N° 09

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL HOSPITAL, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

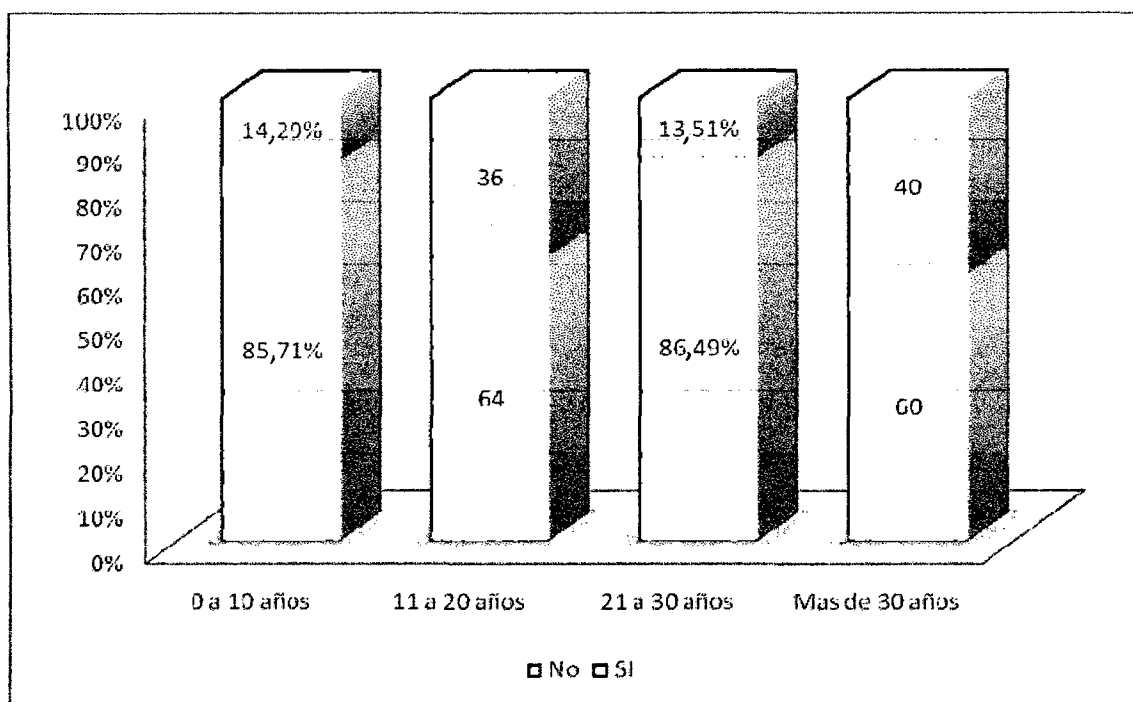
2009

TIEMPO DE TRABAJO EN EL HOSPITAL	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 a 10 años	12	85,71	2	14,29	14	100
11 a 20 años	16	64,00	9	36,00	25	100
21 a 30 años	32	86,49	5	13,51	37	100
Más de 30 años	3	60	2	40	5	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 09

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO QUE TIENE TRABAJANDO EN EL HOSPITAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 09 se observa que, el mayor porcentaje de los profesionales de Enfermería que presentan el Síndrome de Burn Out tiene trabajando de 11 a 20 años en el Hospital, correspondiente a 9 casos, seguido de 21 a 30 años con 5 casos.

CUADRO N° 10

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESION, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

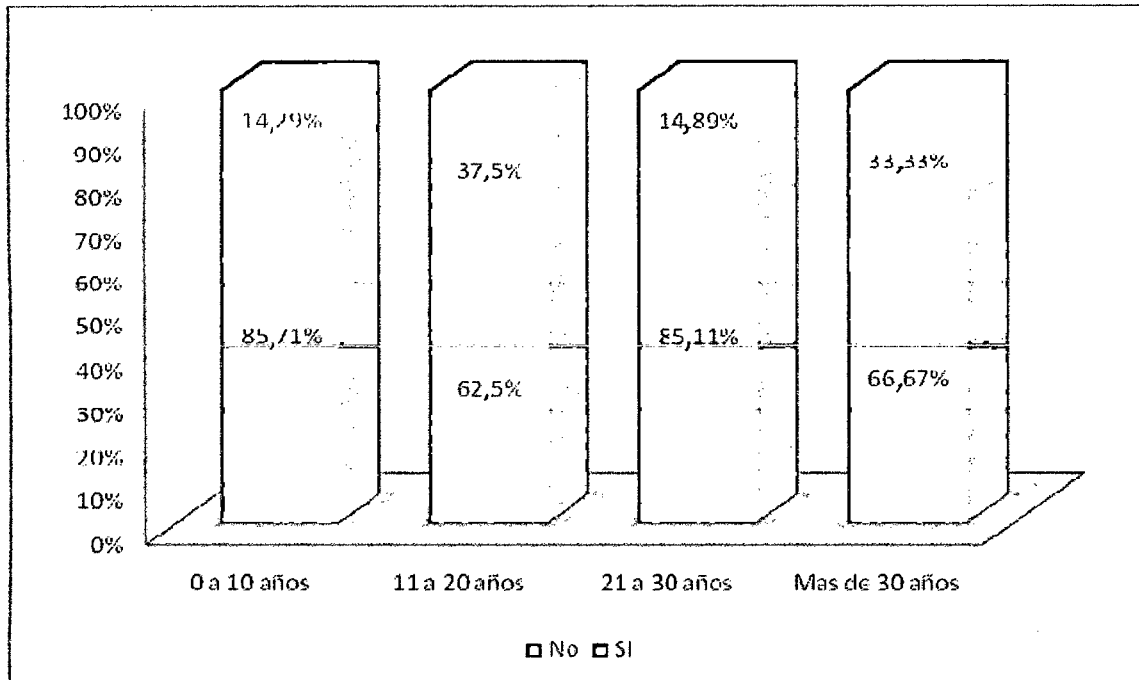
2009

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESION	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 a 10 años	12	85,71	2	14,29	14	100
11 a 20 años	16	64,00	9	36,00	25	100
21 a 30 años	32	86,49	5	13,51	37	100
Más de 30 años	3	60	2	40	5	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 10

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESION EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 10 se observa que, el mayor porcentaje de los profesionales de Enfermería que presentan el Síndrome de Burn Out tienen de 11 a 20 años de experiencia en la profesión, correspondiente a 11 casos, seguido de 21 a 30 años correspondiente a 5 casos.

CUADRO N° 11

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NUMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

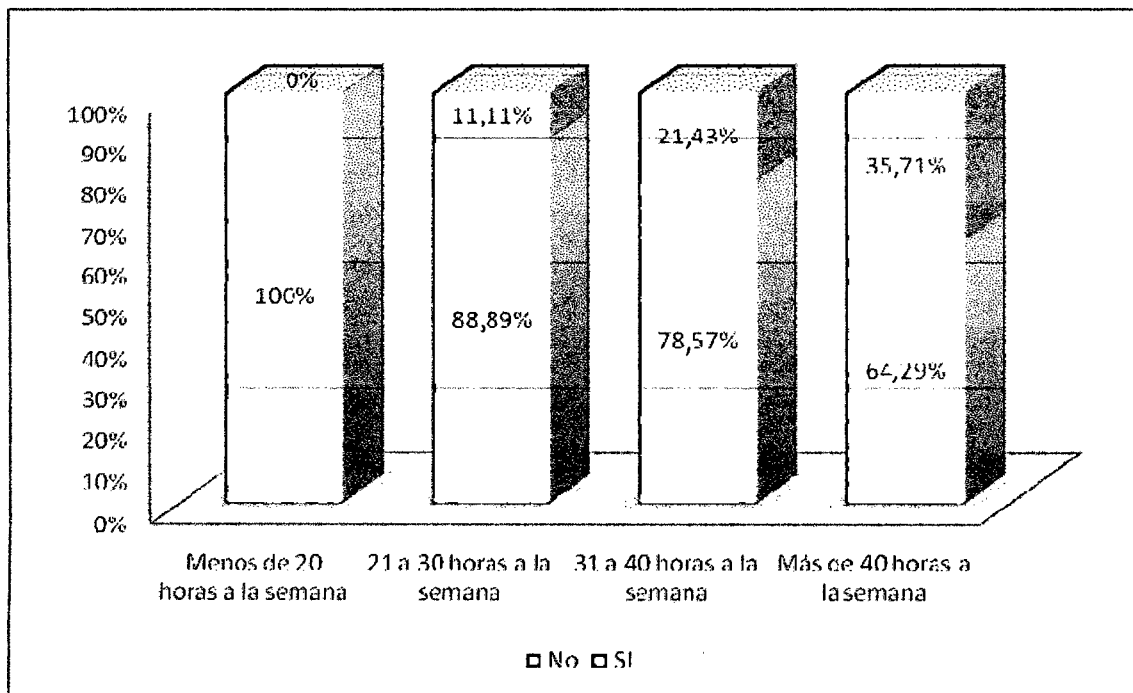
2009

NUMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menos de 20 horas/ semana	2	100,00	0	0	2	100
21 a 30 horas/ semana	8	88,89	1	11,11	9	100
31 a 40 horas/ semana	44	78,57	12	21,43	56	100
Más de 40 horas/ semana	9	64,29	5	35,71	14	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 11

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN NUMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 11 se puede observar que, el mayor porcentaje de los profesionales de Enfermería del H.H.U.T. que presenta el Síndrome de Burn Out trabajan de 31 a 40 horas a la semana, con 12 casos.

CUADRO N° 12

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIENE OTRO TRABAJO FUERA DEL HOSPITAL, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

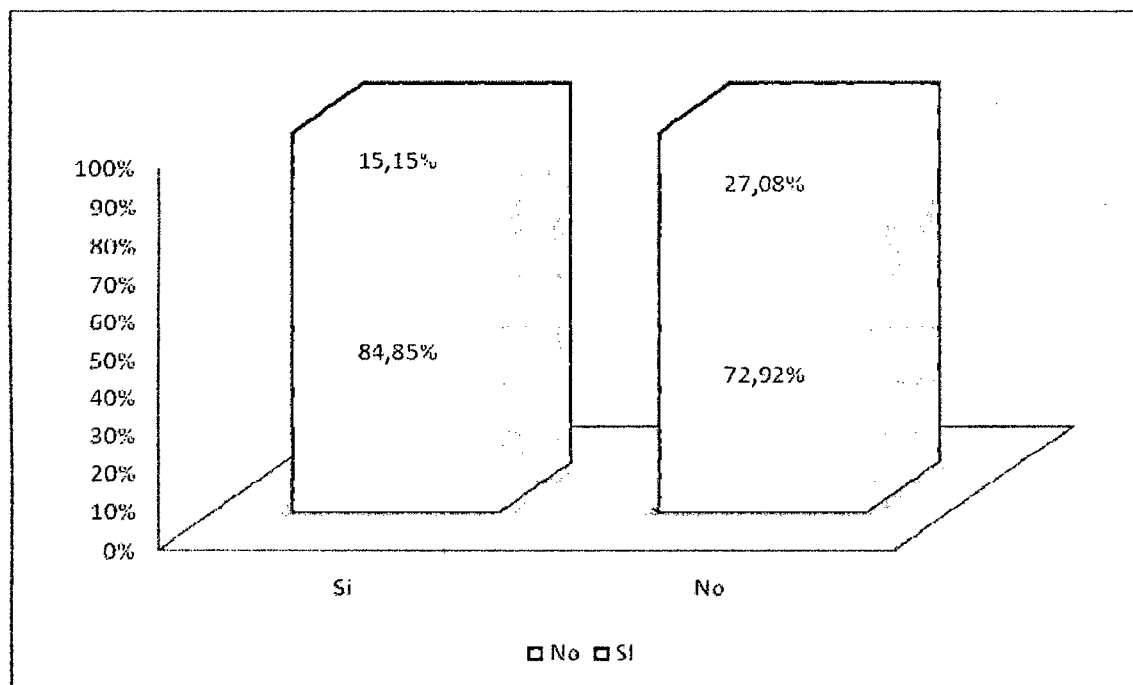
2009

TIENE OTRO TRABAJO FUERA DEL HOSPITAL	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	28	84,85	5	15,15	33	100
NO	35	72,92	13	27,08	48	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 12

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN TIENE OTRO TRABAJO FUERA DEL HOSPITAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 12 se puede observar que, de los profesionales de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, en su mayoría refieren no tener otro trabajo fuera del Hospital, correspondiente a 13 casos del total 18 (100%).

CUADRO N° 13

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN PROBLEMA MAS FRECUENTE EN EL AMBITO LABORAL, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA – 2008

Mayo

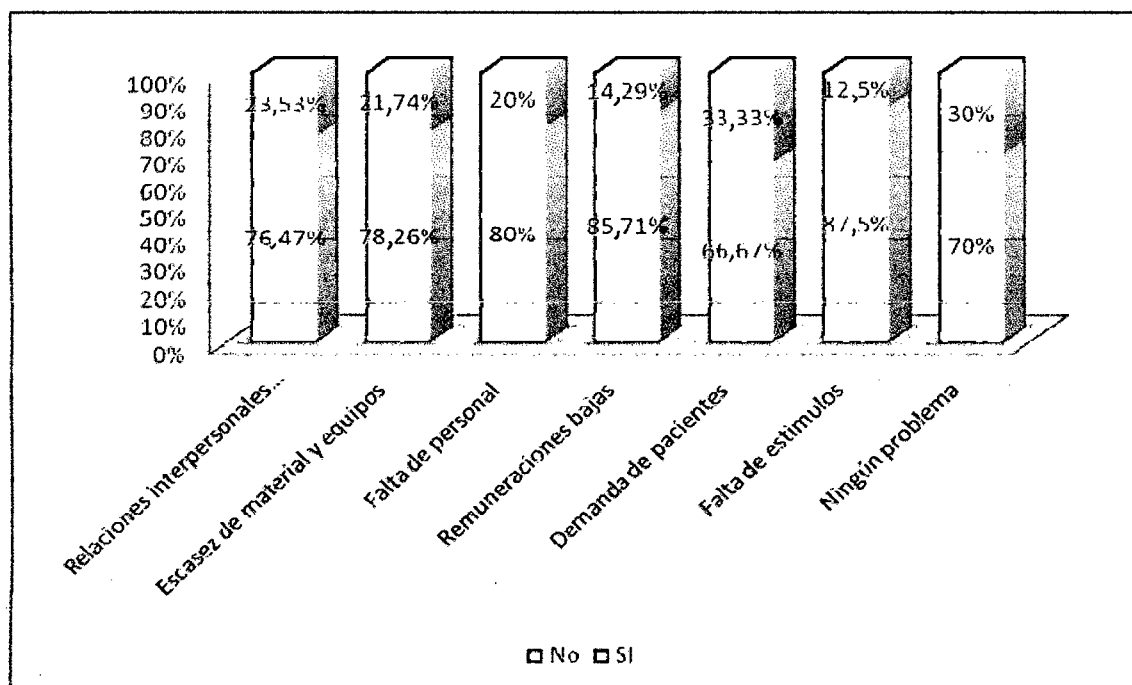
2009

PROBLEMA MAS FRECUENTE EN EL AMBITO LABORAL	SINDROME				TOTAL	
	NO		SI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Relaciones Interpersonales Deterioradas	13	76,47	4	23,53	17	100
Escasez de Material y Equipos	18	78,26	5	21,74	23	100
Falta de Personal	8	80,00	2	20,00	10	100
Remuneraciones Bajas	6	85,71	1	14,29	7	100
Demanda de pacientes	4	66,67	2	33,33	6	100
Falta de Estímulos	7	87,50	1	12,50	8	100
Ningún Problema	7	70,00	3	30,00	10	100
Total	63	77,78	18	22,22	81	100

FUENTE: Encuesta aplicada al profesional de Enfermería del H.H.U.T, Febrero – Marzo del 2009

CUADRO N° 13

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT, SEGÚN PROBLEMA MAS FRECUENTE EN EL AMBITO LABORAL, EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL H.H.U. DE TACNA - 2008



DESCRIPCION:

En el cuadro N° 13 se observa que, del profesional de enfermería del Hospital Hipólito Unanue que presentan el Síndrome de Burn Out, consideran que el problema más frecuente en el ámbito laboral es la escasez de material y equipos correspondiente a 5 casos.

ANEXO N° 10

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

ENUNCIADO:

La prevalencia del Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 es mayor al 20%

VERIFICACIÓN:

Con datos estadísticos de la tabla N° 01 se verifica esta hipótesis, en el cual se obtiene una prevalencia del 22,2%

CONCLUSIÓN:

Como nuestro resultado está de acuerdo con la primera hipótesis específica, se valida la hipótesis propuesta (Hipótesis de Investigación H_i) y se rechaza la Hipótesis Nula (H_0).

SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

ENUNCIADO:

El Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 se presenta con mayor frecuencia en el profesional con tiempo de servicio entre 11 a 20 años, edad entre 46 a 55 años y que tiene otro trabajo fuera del hospital.

VERIFICACIÓN:

Los cuadros 06, (resultados) 09 y 12 (anexo n° 09) nos muestra las características del profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con Síndrome de Burn Out, cuyos resultados nos permiten verificar la segunda hipótesis específica: es mas frecuente en el profesional con tiempo de servicio entre 11 a 20 años, edad entre 46 a 55 años, sin embargo no tienen otro trabajo fuera del Hospital.

CONCLUSIÓN:

De las tres características presentes con mayor frecuencia dos responden a la hipótesis planteada (Hipótesis de Investigación H_i), por lo que se valida la segunda hipótesis específica y se rechaza la Hipótesis Nula (H_0).

TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

ENUNCIADO:

Los factores asociados más frecuentes al Síndrome de Burn Out en el profesional de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2008 son laborales

VERIFICACION:

El grafico N° 15 resume la asociación que existe entre el resultado del cuestionario que mide los factores laborales con los profesionales que presentan el Síndrome de Burn Out. Como resultado se obtienen los siguientes factores asociados:

a.- Los conflictos con los hijos se asocia significativamente al Síndrome de Burn Out ($p= 0,033$). Corresponde a los factores familiares.

b.- El número de pacientes que atiende diariamente se asocia significativamente al Síndrome de Burn Out ($p= 0,001$). Corresponde a los factores laborales.

c.- Se siente satisfecho en su trabajo se asocia significativamente al Síndrome de Burn Out ($p= 0,020$). Corresponde a los factores laborales.

d.- Se siente motivado en su trabajo se asocia significativamente al Síndrome de Burn Out ($p= 0,025$). Corresponde a los factores laborales.

CONCLUSIÓN:

De los cuatro factores asociados, uno corresponde a factores familiares y tres corresponden a factores laborales, con lo que se valida la tercera hipótesis (Hipótesis de Investigación H_i), y se rechaza la Hipótesis Nula (H_0).