

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS
DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL
AUTOCUIDADO EN TAXISTAS DE LA EMPRESA “TURISMO
AREQUIPA S.R.L.”, AREQUIPA 2017**

Tesis presentada por la Bachiller

TANIA LOURDES ROQUE LLAYQUI DE SOTO

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Enfermería

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis dos grandes amores mi esposo Edgard y mi hijita Flavia, por sus consejos, su apoyo incondicional, su amor permanente cariño y comprensión.

Y a mi madre Florita, que un día se fue al cielo cerrando sus ojitos de este mundo, sé que ella está feliz por este logro obtenido.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado y acompañado siempre, por darme fuerzas en los momentos más difíciles a lo largo de mi carrera.

A mi Alma mater “Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa”, la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente.

Mi gratitud y cariño a mis docentes por su paciencia y profesionalidad, quienes me incentivaron siempre a seguir adelante.

A mis asesores Dra. Ninfa Meza Peralta, Mg. Jesús Chávez Parillo y Dr. Juan Cavero Astete por su apoyo y dedicación.

Al Sr. Gustavo Muñoz Tacuzi, dueño de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” por haber aceptado que realice mi Tesis en su prestigiosa empresa.

RESUMEN

El presente estudio se propuso como **Objetivo:** determinar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa – 2017. **Materiales y métodos:** el estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 357 choferes de taxi de la empresa “Turismo Arequipa”, periodo 2016 a 2017. El muestreo fue no probabilístico censal. Para la prueba de hipótesis se utilizó el índice de correlación Tau b de Kendall. Para la variable “Síndrome de Burnout” se utilizó como instrumento el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), y para la variable “autocuidado” se utilizó el Cuestionario de agencia de autocuidado (Isenberg, 1983); ambos instrumentos han sido validados a nivel internacional y cuentan con amplio reconocimiento. **Resultados:** el 86,8% de los trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L. presentan el síndrome de Burnout en un nivel medio, el 7,3% tiene un nivel alto y solo un 5,9% tienen un nivel bajo. El 58,5% de los trabajadores tienen un nivel de autocuidado bajo, un 40,9% tiene un nivel medio y solo un 0,6% tienen un nivel de autocuidado alto. Existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0,003 < 0,05$) entre el nivel de agotamiento emocional y el nivel de autocuidado; existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$) entre el nivel de despersonalización y el nivel de autocuidado; existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$) entre el nivel de realización personal y el nivel de autocuidado. **Conclusiones:** existe relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0,004 < 0,05$) entre el síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, autocuidado, taxistas.

ABSTRACT

The **objective** of this study was to determine the relationship between Burnout Syndrome and self - care in taxi drivers of Arequipa Tourism Company, Arequipa - 2017. **Materials and methods:** the study is a correlational descriptive type of Cross-cut. The sample consisted of 357 taxi drivers from the company "Turismo Arequipa", period 2016 to 2017. The sampling was non-probabilistic census. For the hypothesis test, the Kendall Tau b correlation index was used. For the variable "Burnout Syndrome", the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used as instrument, and the self-care questionnaire was used for the "self-care" variable (Isenberg, 1983); Both instruments have been internationally validated and widely recognized. **Results:** 86.8% of the employees of Turismo Arequipa S.R.L present Burnout syndrome at a medium level, 7,3% have a high level and only 5, 9% have a low level. 58, 5% of workers have a low self-care level, 40,9% have an average level and only 0,6% have a high level of self-care. There is a statistically significant relationship ($p\text{-value} = 0,003 < 0, 05$) between the level of emotional exhaustion and the level of self-care; There is a statistically significant relationship ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$) between the level of depersonalization and the level of self-care; There is a statistically significant relationship ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$) between the level of self-fulfillment and the level of self-care. **Conclusions:** there was a statistically significant relationship ($p\text{-value} = 0,004 < 0,05$) between Burnout syndrome and the level of self-care among workers at Turismo Arequipa S.R.L.

Key words: Burnout syndrome, self-care, taxi drivers.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Descripción del problema	3
1.3. Formulación del problema	4
1.3.1. Problema General	4
1.3.2. Problemas Específicos	4
1.4. Objetivos de la Investigación	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. Justificación	5
1.6. Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes Investigativos	8
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos	45
2.4. Hipótesis	46
2.5. Variables	47
2.5.1. Definición conceptual de la variable	48
2.5.2. Definición operacional de variables	48
2.5.3. Operacionalización de variables	50

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y Nivel de Investigación	51
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	52
3.3. Población y Muestra	53
3.4. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	54
3.5. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	57
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	58
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	60
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	80
Matriz de consistencia	
Instrumentos	
Mapa de Ubicación de la Empresa de Taxi “Turismo Arequipa”	
Plan de Intervención	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 <i>Población en estudio según edad, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	61
Tabla 2 <i>Población en estudio según sexo, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	62
Tabla 3 <i>Población en estudio según grado de instrucción, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	63
Tabla 4 <i>Población en estudio según estado civil, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017</i>	64
Tabla 5 <i>Población en estudio según frecuencia del síndrome de Burnout, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	65
Tabla 6 <i>Población en estudio según nivel de autocuidado, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	66
Tabla 7 <i>Correlación entre agotamiento emocional y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	67
Tabla 8 <i>Correlación entre nivel de despersonalización y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.</i>	68

Tabla 9

Correlación entre realización personal y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017. 69

Tabla 10

Correlación entre el síndrome de Burnout y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017. 70

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda el problema del Burnout y su relación con el autocuidado en los trabajadores de la empresa de taxis “Turismo Arequipa S.R.L.”, de nuestra ciudad. El Burnout es un síndrome que se ha convertido en un indicador del deterioro de la salud más importante en ambientes laborales altamente estresantes, por lo que merece ser abordado desde la óptica de la enfermería.

Por otro lado, el autocuidado que describe como una persona se hace cargo de sí misma, se puede ver afectado por diversos factores, dentro de ellos el Burnout. Es así que el presente trabajo de investigación busca encontrar las posibles relaciones significativas entre estas dos variables: el síndrome de Burnout y el autocuidado en trabajadores de una empresa de taxis de la ciudad de Arequipa.

No son muchos los estudios científicos que contengan ambas variables. En ello radica la originalidad del estudio. Por otro lado, la enfermera debe velar para que los trabajadores no sufran este problema de salud inhabilitante, que conlleva además muchas complicaciones, tanto físicas como mentales. Dentro de las físicas se han descrito problemas cardiovasculares como la hipertensión y las cardiopatías por estrés crónico. El cáncer también se ha descrito como una complicación asociada al estrés elevado que reduciría las defensas del organismo con consecuente proliferación de células malignas. Por otro lado se encuentran las enfermedades mentales, cuya frecuencia es mucho mayor. Dentro de estas complicaciones mentales tenemos la ansiedad, la paranoia, la falta de concentración, la amnesia, etc.

Por todo lo anterior se hace necesario estudiar a esta población de trabajadores quienes se ven expuestos a múltiples agentes estresantes como son el ruido, la congestión vehicular, las altas temperaturas cuando es de día, o las bajas cuando es de noche; la exposición a riesgos físicos como la latencia de un accidente o la

exposición a asaltos y robos a mano armada. Finalmente podemos citar los conflictos interpersonales con los clientes, los otros taxistas, los agentes del orden, etc. Por todo lo anterior nos hemos propuesto llevar a cabo el presente trabajo de investigación titulado: Relación entre el síndrome de Burnout y el autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” Arequipa 2017.

En el primer capítulo de este trabajo se expone el planteamiento del problema; en el segundo capítulo se expone el marco teórico; en el tercer capítulo el marco metodológico, en el cuarto los resultados y en el quinto la discusión de dichos resultados. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS.) sostiene que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". (1) Sin embargo, cuando el estrés se vuelve crónico puede transformarse en el síndrome de Burnout.

El Burnout es un problema que aqueja a cierta parte de la población económicamente activa. Básicamente a aquellos trabajadores que realizan actividades de servicio a otras personas. Por ejemplo, los taxistas.

El tráfico vehicular incesante, con el subsecuente ruido que genera; la competencia agresiva del transporte, la irresponsabilidad de otros choferes así como de los peatones y los problemas directos con los pasajeros, son algunos de los estresores a los que está sometido el chofer de taxi. En estas circunstancias se ha visto que las personas

pierden, de manera significativa, su habilidad para controlar sus impulsos y emociones, deteriorando ulteriormente su estado de salud (2).

Se han llevado a cabo investigaciones en las que se ha encontrado que el estrés que se genera por la exposición al tráfico vehicular está asociado a un pobre estado de salud y a síntomas depresivos. (2) Es el cerebro el que finalmente determina qué aspectos del entorno nos resultan amenazantes y el que regula también las respuestas al estrés. Dichas respuestas pueden ser adaptativas o no.

Si las respuestas no son adaptativas se genera una alteración orgánica mediada por las dos hormonas del estrés: la adrenalina y el cortisol. Como han demostrado Robert Sapolsky y Bruce Mc Ewing estas hormonas secretadas de manera sostenida en el tiempo provocan enfermedades crónicas degenerativas que van desde la pérdida de memoria, pasando por la arterioesclerosis y la hipertensión arterial hasta llegar a la muerte súbita por infarto (3,4).

Sin embargo, tal vez el descubrimiento más interesante sea el realizado por Sapolsky. Este estudioso del estrés ha demostrado que la respuesta de nuestro organismo al estrés es, siempre y en cualquier circunstancia la misma, sin importar el tipo de estímulo al que un individuo este expuesto. Es decir, tanto si nos persigue un animal como si tenemos que llegar a nuestro destino y el tráfico no nos lo permite, la respuesta del organismo a este agente estresor es siempre la misma: secreción de adrenalina y de cortisol y los efectos que estas sustancias producen en el organismo (3).

El psicólogo Carlos Ponce, (2010) autor del estudio 'Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima Metropolitana', señaló que el comportamiento de estos conductores está vinculado a una deficiente percepción del riesgo, incapacidad para reaccionar adecuadamente al estrés emocional, tendencias antisociales y escaso control personal. Una investigación sobre la conducta de los choferes de buses, combis, couster, moto taxis y vehículos particulares que infringen

las normas de tránsito y protagonizan accidentes reveló que presentan ansiedad, fobia, compulsión, hostilidad, depresión y paranoia. (5)

Para el experto, los resultados de esta investigación revelan una urgente necesidad de elevar el nivel de exigencia de los exámenes psicológicos para obtener la licencia de conducir, así como intensificar la educación vial desde la escuela y la comunidad. (6)

Desde siempre se ha considerado que el tipo de ocupación tiene efecto en el mantenimiento de un buen estado físico y mental del trabajador en el área de transporte, pero no ha sido sino en las dos últimas décadas que se ha podido documentar científicamente. (7)

Según la Zona Registral N° 12 de Arequipa, el parque automotor en la región Arequipa creció en 7% en el año 2015, circulando por las calles 256 mil 889 vehículos particulares, de transporte urbano, taxi, interprovincial, motos y otros, de los cuales 31,033 son taxis. Así el parque automotor de Arequipa, soporta una fuerte carga vehicular; uno de los rubros más caracterizados es el correspondiente a los taxis tanto a través de empresas como individualmente. (8)

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo: Ciencias de la Salud.

1.2.2. Área: Salud mental.

1.2.3. Línea: Estudios sobre intervención de enfermería en grupos de riesgo: Taxistas.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema General

¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- A. ¿Cuáles son las características demográficas de los taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?
- B. ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?
- C. ¿Cuál es el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?
- D. ¿Cuál es la relación que existe entre el agotamiento emocional y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?
- E. ¿Cuál es la relación que existe entre la despersonalización y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?
- F. ¿Cuál es la relación que existe entre la realización personal y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- A. Identificar las características demográficas de los taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.
- B. Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.
- C. Determinar el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.
- D. Determinar la relación que existe entre el agotamiento emocional y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.
- E. Determinar la relación que existe entre la despersonalización y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.
- F. Determinar la relación que existe entre la realización personal y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.

1.5. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene por finalidad dar a conocer la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el nivel de Autocuidado en la población de taxistas de la Empresa “Turismo Arequipa”. La relevancia de este estudio radica en que vivimos en una época en la que el estrés, tanto agudo como

crónico (Burnout) constituye un problema de salud vigente y peligroso que afecta a todos. La selección de los choferes de taxi como población de estudio es particularmente importante porque es este sujeto quien está diariamente enfrentando situaciones estresantes como la tensión del tráfico, la irresponsabilidad de otros choferes, así como de los peatones, la ausencia de apoyo, la inhalación de gases tóxicos que alteran su salud y su conducta, la competencia desleal, etc.

Esta investigación es pertinente con la enfermería dado que abarca dos ejes temáticos de esta ciencia. Por un lado, la salud mental de los taxistas y por el otro el nivel de autocuidado que tienen consigo mismos.

Asimismo, este estudio es útil porque a través de sus resultados se conseguirá comprender mejor la relación que pueda existir entre el síndrome de Burnout y el autocuidado en la población de taxistas de nuestra ciudad pues como es harto conocido este síndrome afecta muchas esferas de la personalidad y de la vida del sujeto afectado. Por ello se considera muy probable que el autocuidado pueda verse afectado también.

Este estudio es trascendente porque gracias a sus resultados se podrán implementar programas de salud mental en las empresas que brindan servicio de taxi, enfocados a prevenir las consecuencias de la incidencia del estrés crónico o síndrome de Burnout, como son la pérdida de la salud a consecuencia del trabajo.

El tema desarrollado en este estudio es actual porque el síndrome de Burnout, como condición que presenta la mayoría de las personas que ejercen las profesiones de asistencia y trato personal intenso, como los taxistas, recién viene siendo tratado científicamente por los investigadores de salud mental y laboral.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales limitaciones encontradas fueron

- a.** Cierta dificultad para acceder a la población puesto que se encuentran permanentemente circulando por la ciudad.
- b.** El poco tiempo que disponen los conductores de taxi para responder a las preguntas de los cuestionarios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A nivel Internacional

Rodríguez, H., Et Al. (2015) realizaron un estudio titulado “Calidad de Vida en Conductores de Taxis Colectivos Usando el Cuestionario Short Form 36 Versión 2”, en Santiago de Chile. El objetivo planteado fue determinar la calidad de vida mediante el cuestionario de salud SF-36v.2 en conductores de taxis colectivos en Santiago de Chile. Se trata de un estudio no experimental, transversal y descriptivo. La recolección de datos fue realizado entre septiembre y noviembre del año 2013 a 76 conductores de la Empresa de Transportes Unidos de Maipú (ETRUM) S.A, seleccionados mediante participación voluntaria. La técnica de muestreo es mediante registro de información y el muestreo fue no aleatorio. Se utilizó el cuestionario autoadministrado SF-36v.2, para evaluar el perfil de estado de salud respecto a su calidad de vida,

calculándose puntuaciones netas que se estandarizaron con la población chilena. La edad media de los participantes fue de 48,1 años (DE = 10,95) (DE = Desviación Estándar). Las dimensiones más afectadas con valores crudos fueron Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Función Social. Al estandarizar los datos con la población chilena, las dimensiones más afectadas fueron Salud General, Vitalidad, Función Física y Función Social. Sin embargo, las diferencias encontradas al estandarizar los datos no superan el 0,5 de DE respecto a la media de referencia, lo que no supone significancia clínica. (9)

Arbeláez, J. (2013) en su estudio titulado “Estrés en conductores de transporte público de la ciudad de Bogotá y accidentalidad vial” llevado a cabo en Colombia, se propuso el siguiente objetivo la realización de dos cartillas que permitan que tanto conductores de transporte público como oficiales de la Policía Nacional cuenten con información sobre el estrés en conductores de transporte público. En cuanto a la metodología usada, se trata de un estudio no experimental de corte transversal con una población de 121 conductores de transporte público de Bogotá a quienes se les aplicó dos pruebas estandarizadas: JCQ (Job Content Questionnaire) y el MDSI (Multidimensional Driving Style Inventory). A partir de la revisión bibliográfica y de las correlaciones significativas obtenidas de la aplicación de las pruebas, población seleccionada se diseñaron las dos cartillas. La cartilla 1, que está dirigida a los conductores de transporte público, se estructura de la siguiente manera: a modo de introducción se presentan unas estadísticas del Observatorio de Movilidad; lo que permite que el lector pueda tener un panorama general de la situación actual sobre mortalidad vial. A continuación, se presenta la definición de estrés y su manifestación entre áreas del ser humano (emocional, conductual y cognitiva), así como la definición de estrés en el lugar de trabajo y en conductores. En la cartilla 2 que está dirigida a los oficiales de Policía Nacional, se hace una revisión exhaustiva de la investigación realizada. Inicialmente, se justifica con estadísticas

obtenidas de lo observado de la movilidad. A continuación se plantea la pregunta de investigación y los objetivos de la misma. Se presenta la definición de estrés y de las manifestaciones en las áreas del humano determinada. Conclusión se define estrés laboral y los desencadenantes de los mismo, adicionalmente se explica el estrés en conductores y los diferentes estilos de conducción que se evidencian en las vías. Para finalizar con el marco conceptual se define los estilos y estrategias de afrontamiento, el perfil del conductor infractor y se explica la teoría del delito como elección. (10)

González, M. (2011) en su estudio titulado “Estrés cotidiano en trabajadores del volante”; llevado a cabo en México, se propuso el siguiente objetivo conocer el nivel de estrés y los factores asociados al hiperestrés, en trabajadores del volante de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero. Metodología usada de tipo transversal en una población de 191 choferes de 19 a 74 años de edad. El muestreo fue por conveniencia y se realizó durante los meses de septiembre de 2009 a enero de 2010. La medición del estrés se hizo mediante la aplicación de un estresómetro que contiene preguntas relacionadas con el estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo u ocupación, relaciones y personalidad. Resultados posteriormente se entregó el diagnóstico de estrés a cada participante, así como las recomendaciones de acuerdo al diagnóstico obtenido. La edad promedio de los 191 choferes fue de $35,51 \pm 11,04$ años. En relación al estado civil el 10,99% son solteros, 68,06% casados, 5,24% divorciados, 15,18% viven en unión libre y el 0,52% son viudos. La prevalencia de hiperestrés, definido como estrés peligroso o elevado, fue de 26,7%. Conclusión: los factores asociados al hiperestrés fueron: comer de prisa, tener la casa sucia y desordenada, aire contaminado en la zona donde se vive, sufrir taquicardia, sentir tensión por el trabajo, sentir el día largo en el trabajo, afectarse por las disputas, ponerse nervioso si los interrumpen cuando trabaja, ponerse nervioso cuando hay mucho tráfico, padecer insomnio, sudar mucho sin hacer ejercicio y llevarse mal con el jefe. (11)

2.1.2. A Nivel Nacional

Llerena, J. (2012) en su estudio titulado “Efectos estresante y depresión en los trabajadores de la Empresa de Transporte 41 en el asentamiento humano Pachacutec, línea que cubre la ruta Pachacútec – Villa el Salvador” llevado a cabo en Lima, se propuso el siguiente objetivo orientado a precisar los estados de estrés en los choferes y cobradores de la Empresa de Transportes N° 41. Metodología: el diseño del estudio del presente trabajo de investigación según es de tipo transaccional, con un diseño de correlación, población choferes y cobradores de la Empresa de Transportes N° 41. Más del 30 % de los choferes de transporte público presenta un estado de salud mental afectado por el estrés; mientras que el 34 % de conductores de transporte público considera que trabaja bajo un alto nivel de estrés ambiental y que el 50 % cree que el estrés que los afecta es de nivel medio. Los resultados señalan que entre los conductores predomina el estrés por factores ecológicos (44 %) en el que destacan los ruidos emitidos por vehículos, personas y exposición a sustancias como el polvo, humo generado por vehículos motorizados y malos olores. Le sigue el estrés por factores funcionales (28 %) en el que se resalta el tráfico, altercados con pasajeros y la supervisión policial. El perfil de los conductores de transporte público, según el estudio es el siguiente: varón, edad promedio de 39 años, con 14 años de servicio como chofer y con una jornada laboral de 13 a 14 horas diarias y 6 días a la semana. Además, no poseen seguro de salud, beneficios básicos o áreas adecuadas para descanso. Su trabajo se caracteriza por un alto desgaste físico y mental a consecuencia de que realizan tareas simultáneas como conducir, cobrar, atender señales de tránsito, y evitar choques, entre otras, en las que está expuesto a ruidos, vibración, alta densidad de tráfico y fallas del vehículo. Conclusión de esta manera, el alto estrés en el que se desempeñan

laboralmente desencadena muchas veces actos agresivos, insultos, malos tratos, peleas, infracciones de leyes de tránsito, ocasionando accidentes. (12)

Mallma, A. (2012) en su estudio titulado “Condiciones laborales y comportamientos en salud de los conductores de una empresa de transporte público del cono norte” llevado a cabo en Lima, se propuso el siguiente objetivo general fue determinar los comportamientos relacionados a salud y las condiciones laborales de los conductores de la empresa de transportes y servicios TRANSLIMA S.A. En la actualidad Lima cuenta con 487 líneas de rutas de transporte, muchas de ellas con recorridos de gran longitud; por lo tanto se precisa determinar si están expuestos a una serie de condiciones adversas que pueden poner en peligro su salud. Metodología: Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, la población comprendió a 132 conductores que cumplieron con los criterios de selección y a quienes se les realizó una entrevista estructurada de 34 preguntas cerradas relacionadas a sus condiciones laborales y comportamientos en salud. El instrumento fue previamente sometido a juicio de expertos y prueba piloto para su validación y confiabilidad. Resultados: el 97% de conductores son de sexo masculino, el 26,5% trabaja más de 12 horas diarias, y están expuestos a agentes físicos como ruido 99,2%, alérgenos como humo 98,5%. En relación a comportamientos en salud, el 59% no duerme las 8 horas, el 61,4% declara realizar alguna actividad física, el 14,4% fuma y el 53,8% considera que su alimentación no es saludable. Conclusión las mayores alteraciones de salud se relacionaron con hipertensión arterial 12,9%, dolor lumbar 49,2%, presencia de varices 20,5% y el 53% manifestaron que su trabajo les ocasiona tensión emocional. (13)

2.1.3 A Nivel Local

Arias, L. (2012), en su estudio titulado "Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales", llevado a cabo en la Universidad Católica San Pablo - Arequipa; se propuso el siguiente objetivo identificar los sucesos vitales más frecuentes que se relacionan con el estrés en los trabajadores de una empresa de Arequipa. Metodología utilizada se trabajó con una muestra de 100 trabajadores varones de una empresa dedicada a la asistencia y mantenimiento minero, población perteneciente a tres grupos profesionales: ingenieros, administrativos y mecánicos, en un rango de edad de 19 a 55 años. Se aplicó la Escala de Evaluación de Reajuste Social de Holmes y Rahe. Resultados: los sucesos vitales más frecuentes entre los trabajadores de la empresa fueron: cambios en los hábitos de alimentación y de sueño, en las condiciones de vida, en el estatus económico y gran logro personal. Los administrativos marcaron, además, el cambio de responsabilidades en el trabajo y los ingenieros, el matrimonio y las vacaciones. Estos últimos fueron los que obtuvieron las puntuaciones más elevadas de estrés. Conclusiones: los sucesos vitales más frecuentes que se relacionan con el estrés en la muestra de trabajadores varones, son fundamentalmente de tipo económico y laboral. Los ingenieros tienen un nivel de estrés bien alto. (14)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teoría de Dorothea Orem

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros,

define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. (15)

A. Metaparadigmas

a. Persona

Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados (15).

b. Entorno

Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (16)

c. Salud

Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las

proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (15)

d. Epistemología

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería. (17)

e. Enfoque

Según las capacidades del paciente y los déficits de cuidado propio que hayan sido identificados, una enfermera puede aportar su ayuda ocupándose y cuidando del paciente, guiando a dicho paciente o a los demás implicados en su cuidado, apoyando a la paciente y/o sus seres queridos, asegurando que el ambiente aliente a la paciente a desarrollar capacidades de cuidado propio y/o enseñándole a ella y a los otros en su ambiente a cubrir las necesidades de cuidado propio. (18)

f. Beneficios

La teoría de Orem es un enfoque comprensivo para abordar las prácticas de enfermería que tienen sentido en las prácticas clínicas, al igual que en el sector educativo, administrativo y de investigación. Se ajusta bien a las filosofías actuales de cuidado de los hospitales que se centran en el paciente (y la familia), los cuidados a largo plazo, la salud en el hogar, la comunidad, la salud del comportamiento y las instalaciones de cuidados ambulatorios. Por su enfoque en determinar el plan de cuidado adecuado para cada paciente, esta teoría se incorpora con facilidad en el proceso de

evaluación de enfermería, los diagnósticos de enfermería, la planificación, implementación y evaluación. (16)

g. Influencia

Como una de las primeras teorizadoras, Orem tuvo un impacto significativo en el desarrollo de la enfermería profesional estableciendo las bases teóricas para un cuidado colaborativo de enfermería que incorpore las capacidades y discapacidades de los pacientes individuales. Las enfermeras de hoy en día emplean diagnósticos de enfermería para describir los problemas de los pacientes; los déficits de cuidado propio de Orem están bien representados. Por ejemplo, se usa un déficit de cuidado propio de aseo/higiene si el paciente no puede bañarse solo. Y un paciente que sea incapaz de llegar al baño solo, a tiempo y de forma segura, tendrá un diagnóstico de enfermería con un déficit de cuidado propio para ir al baño. (18)

B. Utilización del Modelo de Dorothea Orem

En el estudio documental "Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem", realizado en el 2005-2006, en Colombia, se llevó a cabo una revisión preliminar de las teorías más reportadas en las bases de datos internacionales, encontrando que el 47% de las referencias localizadas en su momento, utilizaban algunas de las teorías de Orem o conceptos de su Teoría General, se obtuvo como resultado que la Teoría General ha sido utilizada en cuatro continentes; 38 (51,3%) estudios la aplican en el ámbito institucional y 21 (28,4%) en la comunidad. Entre sus conclusiones indican que la evidencia empírica sobre la aplicación de la Teoría General muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de la disciplina. (16)

C. Brecha en la Teoría-Práctica

Aunque todavía existe una brecha entre muchas de las teorías de enfermería y las prácticas verdaderas que se llevan a cabo, la teoría del déficit de cuidado propio de Orem se ha adoptado extensamente en diversos sectores clínicos. Tiene un atractivo particular en entornos como la enfermería de rehabilitación, centrada en ocuparse de los déficits de cuidado propio de los pacientes con discapacidades físicas o enfermedades crónicas, también en los cuidados de enfermería del hogar, cuyo objetivo es lograr que los pacientes se sientan lo más seguros e independientes posible en sus propias casas. (17)

2.2.2. Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout, también es llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada; es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. (19)

El síndrome de Burnout ha sido usado tradicionalmente para diagnosticar el problema en trabajadores voluntarios o asistenciales que sirven a personas con problemas de salud (20), el concepto de Burnout ha sido extendido a otros campos laborales. Así, Maslach y Schaufeli (1993), por ejemplo, intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

- A. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el agotamiento mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el agotamiento Emocional.
- B. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
- C. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
- D. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

Por otro lado están los que amplían este síndrome a otras profesiones y oficios no asistenciales, que padecen de Burnout. Entre estos destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988), que defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. (21)

El síndrome se manifiesta igualmente como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (21)

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones del Tercer Sector; y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una

situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.

Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados –cada día más por interés de las empresas-, la sensación de que el rendimiento es bajo y la organización falla conduce al deterioro en la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo. Pero, en suma, las consecuencias en las que hay acuerdo básico son:

- A. Agotamiento emocional
- B. Despersonalización
- C. Baja Realización personal

2.2.3. Diferenciación del Síndrome de Burnout con otros conceptos

Debido a que el Síndrome de Burnout comparte algunos síntomas o procesos de evolución, se diferencia de otros problemas psicológicos como el estrés general, el estrés laboral, la fatiga física, la depresión, el tedio o aburrimiento, etc. porque aunque se presenta como consecuencia del trabajo excesivo. Además este trabajo debe ser generador de estrés permanente o crónico. Y finalmente este trabajo suele caracterizarse por su trato directo con personas. A continuación se exponen al detalle dichas diferencias:

A. Estrés General

El estrés general se distingue con facilidad del síndrome de Burnout pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles

de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

B. Fatiga Física

Para diferenciar la fatiga física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

C. Depresión

Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el agotamiento emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984).

D. Tedio o Aburrimiento

Los términos tedio o aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout.

Por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

2.2.4. Proceso de desarrollo del síndrome de Burnout

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc.

Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y por último la cuarta etapa es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos: 1. Entusiasmo y dedicación. 2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales. 3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas. 4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. 5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales. 6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría agotamiento emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento emocional es el

aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski et al. plantean otro en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc. También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y agotamiento emocional.

A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo agotamiento emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto agotamiento emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

2.2.5. Factores de Riesgo

A. Variables individuales

Según Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. Como ha demostrado Manzano, el ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998). La misma autora observa que el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al agotamiento emocional.

B. Variables sociales

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un

apoyo social, que redundan en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. (Manassero & cols., 2003, Hombrados, 1997).

House (1981) ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. (Manassero & cols., 2003). En general, las variables sociales aceptadas serían:

a. Variables sociales extra-laborales

Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989), el apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

b. Variables organizacionales

Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización.

Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las

cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

2.2.6. Consecuencias del Burnout

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en: 1) la pérdida de acción preactiva, y 2) las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. La persona llega a

manifestar desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

2.2.7. Factores del síndrome de Burnout

El concepto del Burnout propuesto por Maslach y Jackson, que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral, ha sido descrito como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (22).

A. Agotamiento Emocional

El Agotamiento Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (23).

Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo. Pese a que en un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en 1997, Maslach y Leiter, amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo.

El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que gatilla en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de las personas que atiende (Maslach y otros, 2001). La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y agotamiento que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

B. Despersonalización

La dimensión de Despersonalización o Cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en

generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach y otros, 2001). Se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Ej.: el riñón del 309) (Cordes y Dougherty, 1993). Más adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original de dos de las dimensiones, en la cual Despersonalización fue renombrado como Cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere la dimensión (Shirom y Shmuel, 2002; Maslach y Leiter, 1997).

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. Cabe señalar que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones los niveles moderados de distanciamiento hacia los clientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el Burnout (Jackson y otros, 1986). Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo, puede usar un lenguaje

denigrante o descalificador para referirse a los clientes e intelectualizaciones recurrentes de la situación.

Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja. Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach y otros, 2001). Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas (Bakker, 2002).

C. Realización Personal

La dimensión de falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslach y otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach y otros, 1997).

La dimensión de Realización Personal en el trabajo fue renombrada: antes se la conocía como logro reducido o inefectividad, sin embargo se siguen conservando intactos la agrupación de síntomas de la dimensión. Igual que en las dos

dimensiones anteriores, se le critica a los autores la falta de respaldo teórico que apoye el cambio de nombre, dado que no queda claro a que se refieren finalmente con el concepto (Shirom y Shmuel, 2002).

Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio ó ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Bakker, 2002). En cuanto a la definición de sus dimensiones Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que:

- a. El componente de estar Agotado Emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el Burnout.
- b. El componente de Despersonalización o Cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal del Burnout.
- c. El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del Burnout.

2.2.8. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario auto administrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta

escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales.

El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres sub escalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal. En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empelados para definir el constructo de Burnout.

2.2.9. El Autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería (15).

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de

salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. (16)

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (15)

2.2.10. Déficit de Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos (15).

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

2.2.11. Requisitos de Autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

A. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

B. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado (Orem, 2001, pág. 522). (15)

2.2.12. Requisitos de Autocuidado Universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

A. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

B. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

C. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

D. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.

- E. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
 - F. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 - G. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 - H. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.
- (15)

2.2.13. Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- A. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- B. Implicación en el autodesarrollo.
- C. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Orem, 1980, pág. 231).

2.2.14. Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya

que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

2.2.15. Necesidades de autocuidado terapéutico

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- A. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- B. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem, 2001, pág. 523).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

- describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y
- tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

2.2.16. Actividad Enfermera y Autocuidado

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Orem, 2001, pág. 518). La agencia de enfermería incorpora también las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su agencia de cuidado dependiente.

2.2.17. Factores condicionantes básicos

Los factores condicionantes básicos condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado los siguientes diez factores (24):

Edad.

A. Sexo.

B. Estado de desarrollo.

C. Estado de salud.

- D. Modelo de vida.
- E. Factores del sistema sanitario.
- F. Factores del sistema familiar.
- G. Factores socioculturales.
- H. Disponibilidad de recursos.
- I. Factores externos del entorno.

2.2.18. Autocuidado en el trabajo

Según Kurt Reinke, psicólogo consultor en Administración de Riesgos IST, y Marcel Boerner, psicólogo consultor en Prevención IST, el Autocuidado en el trabajo puede ser definido como un conjunto de competencias laborales que permiten a un trabajador tomar buenas decisiones al enfrentar riesgos, sobre la base de valores internalizados, y desarrollar prácticas y hábitos que le permitan mantener e incluso mejorar proactivamente su propia seguridad y salud. (25)

Y para que ésta concepción de Autocuidado sea realmente aplicable, es importante comenzar por decir que el comportamiento de las personas no solamente se ve modificado por el mismo individuo y el contexto en el que se encuentre; sino que se ve influenciado por condiciones externas como son los factores políticos, tecnológicos, económicos, las formas de liderazgo, las características de cada contexto sociocultura; y por condiciones internas propias de cada persona: los motivos, valores, experiencias, conocimientos y actitudes. Estas condiciones son factores motivacionales que son primordiales en los procesos de cambio; y se describen a continuación.

2.2.19. Indicadores del Autocuidado

A. Factores Internos o Personales

Estos factores dependen directamente de la persona y determinan personalmente el autocuidado, estos son: (26)

a. Los Conocimientos

Permiten adoptar prácticas saludables, que llevan a los individuos a tomar decisiones y realizar prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud.

Es importante aclarar que estas determinaciones no dependen únicamente de la educación y la información, sino también de factores internos y externos que los modifican.

b. La Voluntad

Cada persona actúa diferente frente a cada situación que se le presente; y esto sucede así, pues cada uno adopta a lo largo de la vida creencias, aprendizajes y motivaciones distintas.

Ante situaciones cotidianas, es posible que la conducta se modifique gracias a las emociones y a los procesos mentales individuales que pueden modificar un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios demuestran que no todos los individuos reaccionan igual a las enseñanzas que reciben.

c. Las Actitudes

Son las respuestas que presenta una persona, a favor o en contra, ante una situación específica. Se ven influenciadas por los valores, los principios y la motivación.

d. Los hábitos

Son la realización permanente de una conducta que la persona interioriza como respuesta a una situación; es establecer patrones comportamentales por su repetición.

B. Factores externos o ambientales

Son aspectos que permiten o no el Autocuidado en los individuos, pero que no dependen de ellos. Estos son:

a. Cultura

Para las personas no es fácil obtener nuevos conocimientos y adoptar nuevas experiencias, pues el comportamiento está íntimamente ligado a las creencias y tradiciones. Por esto los estilos de vida dependen del contexto sociocultural en el que se envuelve el individuo; la cultura es un determinante de ellos.

b. Científico y tecnológico

Los avances en estos campos tanto en la salud como en la manera de vivir tienen relación con la forma y las posibilidades de cuidar la salud y la vida, pues es un universo en constante interrelación.

c. Físico, económico, político y social

Para desarrollar prácticas saludables se debe contar con recursos físicos e infraestructura, que son responsabilidad de los gobernantes; pero estos no son propios del individuo ni de un sector en particular, son compromisos intersectoriales y sociales que garanticen un desarrollo óptimo encaminado al cuidado de la salud. (24)

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es importante resaltar que en las actividades laborales los comportamientos inseguros o riesgos no son consecuencia del contexto únicamente laboral ni son exclusivamente de la mentalidad del trabajador.

La motivación es una herramienta con la que se debe trabajar enfáticamente en los programas o talleres acerca del Autocuidado; que no solamente motiven su propio bienestar y seguridad en el trabajo, sino que estas motivaciones propendan por el bienestar familiar, su futuro y proyectos de vida. También se espera que esta motivación fortalezca en el trabajador su cultura de autocuidado, que le permita sobrepasar cualquier dificultad que se le presente; así las condiciones laborales no sean las ideales. (24)

Tradicionalmente se relaciona al Autocuidado exclusivamente con las condiciones motivacionales propias del individuo, dejando de lado las condiciones extrínsecas de la motivación que se relacionan con el contexto socio-cultural y organizacional, y con dos componentes básicos para el desarrollo de competencias: el dominio cognoscitivo, que se refiere a la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades mentales; y el dominio psicomotor, que es la aplicación de conocimientos ya adquiridos demostrados en la destrezas sensoriales y motoras. Estos dominios permitirán al trabajador llevar lo aprendido a su quehacer cotidiano.

Conociendo que los factores internos y externos son determinantes para el cambio de comportamiento del individuo y para optimizar su autocuidado, es importante considerar el papel tanto del trabajador como de la organización dentro de estas acciones. Se debe desarrollar y estimular en los trabajadores una mayor capacidad de autonomía frente al autocuidado y su salud, para que estos y su seguridad sean valores esenciales para la realización personal, su propio bienestar y el de su familia.

La organización debe promover en ellos la creación y realización de normas a través de un proceso participativo y reflexivo, no impuesto. Por otro lado, el papel de los jefes de área y de la organización en general a través del liderazgo, es facilitar a sus

trabajadores la aplicación de conocimientos y habilidades que permitan la autogestión y equipos de trabajo, el desarrollo de competencias para el autocuidado, y un cambio organizacional dirigido a la seguridad y la salud ocupacional como un sistema. De esta manera se genera una cultura organizacional preventiva que busca desarrollar actitudes y conductas de autocuidado. (24)

2.2.20. Capacidad de Agencia de Autocuidado

El concepto de agencia de autocuidado refleja las capacidades individuales para atender los requisitos de autocuidado. Esta comprende las decisiones acerca del autocuidado junto con las acciones que se requieren para lograr o cumplir el autocuidado.

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas. Los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado desarrolladas por Orem y la Nursing Development Conference Group son:

A. Capacidades fundamentales y disposición.

Consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.

Hablar de agencia de autocuidado es introducirse en el mundo complejo del ser humano y sus habilidades para elegir y atender cuidado a cosas que le concierne y excluir otras, habilidad de percibir la importancia de asumir nuevos patrones de conducta con la incertidumbre que conlleva el aceptar cambios en los estilos de vida, habilidad de decidir qué hacer y habilidad de realizar la acción para lograr la regulación interna y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado.

B. Capacidades de poder

(Capacidades que facilitan el autocuidado). Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. El concepto capacidades de poder tiene dos dimensiones:

a. Capacidades de poder de la agencia de autocuidado

- Máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismo como agente de autocuidado, a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado.
- Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado.
- Control de la posición del cuerpo y sus partes.
- Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
- Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.
- Toma de decisiones sobre autocuidado y la operacionalización de estas decisiones.
- Adquisición, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado y componentes de poder de la agencia de enfermería.
- Repertorio de habilidades (cognitivas, percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.
- Orden discreto de las acciones de autocuidado.
- Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

b. Capacidades de poder de la agencia de enfermería

- Conocimiento válido y confiable de las tres áreas de acción de enfermería (social, interpersonal y tecnológico-profesional).
- Habilidades intelectuales y prácticas específicas para estas áreas anteriormente mencionadas.

- Motivación.
- Buena disposición para proveer enfermería.
- Habilidad para unificar diferentes secuencias de acciones hacia el logro de resultados.
- Consistencia en el desempeño de las acciones de enfermería.
- Hacer ajustes en las acciones de enfermería, por condiciones que predominen o emerjan.
- Habilidad para autocontrol como elemento esencial profesional en situaciones prácticas de enfermería.

c. Capacidades para operaciones de autocuidado

Son las habilidades del ser humano más inmediatas; Orem las clasifica en:

- Operaciones estimativas. El individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado.
- Operaciones Transicionales. El individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado.
- Operaciones productivas. El individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo.

Las similitudes que existen entre el concepto autocuidado y agencia de autocuidado se fundamentan en la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no sólo se refiere a una actitud de autoconciencia, sino que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo.

El ser humano está creado y sostenido por el ambiente del cual hace parte, es el resultado del aire que respira, del alimento y de todo lo que experimenta en el medio que le rodea; ocuparse de sí mismo, significa iluminar la luz de la razón y explorar todos los rincones del alma para ir más allá de lo que se conoce y ser

participante creativo en el cuidado de la salud, tarea que ha de perdurar a lo largo de toda la vida.

Algunas de las características para ser participante creativo en el autocuidado es la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en el humano, escuchar, escribir las reflexiones que se hace de sí mismo y realizar una continua auto evaluación sobre los hábitos de autocuidado y las necesidades de cambio.

Orem establece que el autocuidado está inmerso en las actividades de la vida diaria y no constituye en sí una actividad de la misma. El autocuidado lleva implícito un conjunto de prácticas, habilidades y motivaciones que son en sí lo que se denomina agencia de autocuidado. Considera que antes de ser agentes de asistencia dependiente de autocuidado, la enfermera es un individuo que debe ejercer el autocuidado en sí misma. Igualmente, las acciones de la enfermera en pro del autocuidado de los demás son congruentes con las expectativas sociales y su rol.

La importancia de la teoría de Orem, para el profesional de enfermería cuya meta es el fortalecimiento de los mecanismos de autocuidado para lograr la integralidad y el bienestar óptimo del individuo, orienta el desarrollo de un proceso de cuidado de enfermería contextualizado en una realidad dinámica y cambiante.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Estrés

Es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y

capacidades, que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

2.3.2. Síndrome de Burnout

Es la respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (27).

2.3.3. Autocuidado

Es la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (15).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

H₁: Es probable que el Síndrome de Burnout se relacione significativamente con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa 2017.

H₂: No existe relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa 2017.

2.4.2. Hipótesis Específicas

H₁: Es probable que el agotamiento emocional se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

H₀: Es probable que el agotamiento emocional no se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

H₂: Es probable que la despersonalización se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

H₀: Es probable que la despersonalización no se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

H₃: Es probable que la realización personal se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

H₀: Es probable que la realización personal no se relacione con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.

2.5. VARIABLES

Variable X: Síndrome de Burnout

Indicadores

- Agotamiento Emocional
- Despersonalización
- Realización personal

Variable Y: Nivel de Autocuidado

Indicadores

- Nivel bajo de autocuidado
- Nivel medio de autocuidado
- Nivel alto de autocuidado

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

A. Variable X: Síndrome de Burnout

Respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido (27).

B. Variable Y: Nivel de Autocuidado

Práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Según Isenberg (1983) puede clasificarse en niveles: nivel bajo, nivel medio y nivel alto de autocuidado (15).

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

A. Variable X: Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout es el conjunto de síntomas provocados por el estrés crónico al que se ven sometidas las personas y que será medido con el Inventario de Burnout de Maslach que mide 3 aspectos: a) agotamiento o agotamiento emocional; b)

despersonalización y c) realización personal. A través de este instrumento se podrá determinar el grado del síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

B. Variable Y: Nivel de Autocuidado

El autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que comprometen su vida y desarrollo posterior. Será medido con la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) de Isenberg (1983), que tiene 24 ítems y que indaga acerca de las conductas de autocuidado de los taxistas durante el desenvolvimiento de su trabajo. Los resultados obtenidos clasifican el autocuidado en tres niveles: nivel bajo, nivel medio y nivel alto de autocuidado.

2.5.3. Operacionalización de Variables

VALRIABLES	INDICADORES	ÍTEMS	INSTRU- MENTOS	CATEGORÍA	ESCALA
<u>VARIABLE X</u> Síndrome de Burnout	Agotamiento Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	> 26 indicios de Burnout	Razón
	Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22		> 9 indicios de Burnout	Razón
	Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21		< 34 indicios de Burnout	Razón
<u>VARIABLE Y</u> Nivel de Autocuidado	Factores internos o personales	4, 5, 6, 9, 11,13,15, 16, 23, 24	Escala de apreciación de la agencia de autocuidado (Isenberg, 1983)	Nivel bajo de autocuidado	Ordinal
				Nivel medio de autocuidado	Ordinal
	Factores externos o ambientales	1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22,		Nivel alto de autocuidado	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

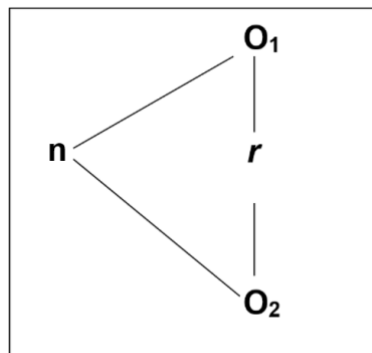
3.1.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, en la medida que pretende describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos (síndrome de Burnout) relacionados con otros fenómenos (autocuidado) tal como se da en el presente caso. Así mismo, el presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo, es de tipo correlacional porque establece la relación entre dos variables. Según el número de variables es bivariado, es transversal porque la medición de las variables se ejecuta en un solo momento. Es retrospectivo porque evalúa hechos sucedidos en el pasado y es un estudio de campo porque se realiza en el ambiente natural donde las unidades de análisis

desarrollan sus actividades (Hernández, Fernández & Baptista, 2013, p.117).

3.1.2. Nivel de Investigación

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional, porque mide las dos variables de estudio y luego se establece la relación que existe entre ellas. La representación del diseño de la investigación es la siguiente:



Donde:

N = muestra

O₁ = variable X: Síndrome de Burnout

O₂ = variable Y: Nivel de Autocuidado

r = relación

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

La empresa de Taxi turismo Arequipa está ubicada en la avenida Tacna y Arica 207, en el mercado de Arequipa.

3.2.2. Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de octubre del 2016 a junio del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 5000 choferes de taxi de la empresa “Turismo Arequipa”, periodo 2017.

3.3.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de Gallardo y Moreno (1999):

$$n = \frac{N(Z^{\alpha/2})^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha/2})^2}$$

Donde:

N= población

$Z^{\alpha/2}$ = nivel de confianza

E= nivel de error

$$n = \frac{5000(1.96)^2}{4(5000)(0.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{19208}{20000(0.0025) + 3.8416}$$

$$\mathbf{n = 357}$$

Finalmente, se tomó una muestra constituida por 357 choferes de taxi de la empresa “Turismo Arequipa”, durante el periodo octubre del 2016 a junio del 2017.

3.3.3. Muestreo

El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico censal.

3.3.4. Criterios de Inclusión

En el presente estudio fueron incluidos todos los taxistas que trabajan en la empresa de taxi “Turismo Arequipa”.

3.3.5. Criterios de Exclusión

- Taxistas que estuvieron de licencia o permiso.
- Personal administrativo de la empresa.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Para la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

A. Variable X: Síndrome de Burnout: Se utilizó la encuesta

B. Variable Y: Autocuidado: Se utilizó la encuesta

3.4.2. Instrumentos

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

A. Variable X

a. Síndrome de Burnout

Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (ver anexo 3).

- **Ficha técnica**

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del trabajador en su trabajo y su función es medir el desgaste laboral. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

- **Subescala de agotamiento emocional.** Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.

- **Subescala de despersonalización.** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

- **Subescala de realización personal.** Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

- **Cálculo de puntuaciones**

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de Burnout
Agotamiento emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22	Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	Menos de 34

- **Valoración de puntuaciones**

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

- **Valores de referencia por niveles**

	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	0 – 18	19 – 36	37 – 54
Despersonalización	0 – 10	11 – 20	21 – 30
Realización personal	0 – 16	17– 32	33 – 48
Nivel de Burnout	0– 44	45 – 88	89 – 132

B. Variable Y

a. Autocuidado

Se utilizó la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado de Isenberg (1983) (ver anexos).

- **Ficha técnica**

El instrumento que se aplicó en la investigación se realizó teniendo en cuenta el Cuestionario de Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), elaborado por Isenberg, 1983, se desarrolló para medir el concepto de capacidad de agencia de autocuidado. La escala se compone de 24 ítems, con un formato de respuesta de cinco alternativas. La escala ha mostrado ser válida y confiable con diversas muestras de población norteamericana en cuanto a su capacidad para medir lo que dice medir (Ver Anexos).

NIVEL DE AUTOCUIDADO	
ALTO	109 - 132
MEDIO	85 - 108
BAJO	36 - 84

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.5.1. Validez y Confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach

El Inventario de Burnout de Maslach ha sido aplicado a muchas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres sub escalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de confiabilidad del Alfa de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas.

Respecto a la fiabilidad por factores el inventario ha obtenido valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.88 para la despersonalización y 0.82 para la baja realización personal. En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empeladas para definir el constructo de Burnout.

3.5.2. Validez y Confiabilidad del Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA)

En cuanto a la validez, la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) ha sido sometida a la Validación de apariencia en Costa Rica, realizada por cinco expertos, de las áreas de enfermería, estadística, filología y psicología con especialidad en psicometría, además de cinco personas ajenas a la población meta que cumplieran con los mismos criterios de inclusión planteados en el trabajo, con el fin de analizar la pertinencia de los criterios aportados (28).

En cuanto a la Validación de contenido, la escala fue aplicada a una muestra de investigación y se procedió con una matriz de correlación y al análisis factorial, utilizando la técnica de extracción de componentes principales y la de rotación Varimax, una vez determinada la viabilidad según el ajuste de la cantidad de personas mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. La validez de la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), elaborado por Isenberg. En cuanto a la confiabilidad, el Alfa de Cronbach fue 0,84 (28)

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- El presente proyecto se elaboró contando con la participación de los asesores señalados por la escuela profesional de enfermería.
- Los instrumentos se sometieron a validación por docentes expertos de la escuela de enfermería.
- Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación por el comité de investigación de la escuela de enfermería de la UAP
- Se solicitó la autorización para realizar la recolección de datos al gerente de la empresa Taxi Turismo Arequipa.

- Luego de la aprobación y del levantamiento de las observaciones por parte del comité científico, se procedió a la aplicación de la prueba piloto.
- Los instrumentos fueron validados estadísticamente aplicando el análisis factorial en el programa SPSS versión 23.0.
- Una vez validados los instrumentos se evaluó la confiabilidad aplicando el alfa de Cronbach.
- Luego se aplicaron los instrumentos a la muestra calculada y se realizaron el análisis estadístico respectivo.
- Se llevó a cabo la elaboración de los cuadros estadísticos y el análisis aplicando la prueba de Tau b de Kendall.
- Se realizó la discusión, las conclusiones y recomendaciones.
- Se presentó el informe de tesis al comité científico de la escuela de enfermería para su revisión y aprobación.
- Sometido el informe final a revisión y aprobación por parte del comité científico se solicitó la fecha para la sustentación del informe final ante el jurado designado.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE TABLAS

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de medición.

Para el análisis de los datos demográficos como edad, sexo se utilizaron medidas de tendencia central como la media aritmética, la desviación estándar y percentiles. Para la prueba de hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación Tau b de Kendall, para determinar la correlación entre las variables “Burnout” y “Autocuidado”, así como para sus respectivos indicadores. Para la interpretación del coeficiente de correlación Tau b de Kendall se utilizó la escala propuesta por Hernández (2014) (29).

Tabla 1

Población en estudio según edad, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017.

Edad	Fi	%
22-24	5	1,4
25-29	60	16,8
30-34	41	11,4
35-39	78	21,9
40-44	65	18,1
45-49	51	14,2
50-54	37	10,3
55-59	11	3,1
60-64	6	1,8
65 a 67	3	1,0
Total	357	100,0

Fuente: elaboración propia

$n = 357$; $\bar{X} = 39,82$; $\sigma = 9,251$; $Q_1 = 33$; $Q_2 = 39$; $Q_3 = 46$

En la presente tabla se observa que las edades de los trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” fluctúan entre los 22 y 67 años, con una media aritmética de 39, 82 y una desviación estándar de 9,251. El 25% de las edades se encuentran por debajo de los 33 años, el 50% se encuentran por debajo de los 39 años y el 75% de las edades se encuentran por debajo de los 46 años.

De los datos obtenidos se tiene que la gran mayoría de choferes de taxi son adultos jóvenes, lo que reflejaría una forma alternativa de ocupación laboral, dadas las altas tasas de desempleo juvenil en nuestro país.

Tabla 2

Población en estudio según sexo, empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017

SEXO	Fi	%
MASCULINO	349	97,8
FEMENINO	8	2,2
TOTAL	357	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que del total de trabajadores de la empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", el 97,8% son de sexo masculino y solo un 2,2% son de sexo femenino.

De lo anterior se deduce que el trabajo de taxista ha sido tradicionalmente desarrollado por los hombres, es por ello que la gran mayoría de choferes son de sexo masculino. Sin embargo, dada la constante búsqueda de la igualdad y la incorporación de la mujer al mercado laboral, es que se observa su inclusión en este grupo laboral, si bien de manera minoritaria.

Tabla 3

Población en estudio según grado de instrucción, empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017

GRADO DE INSTRUCCION	Fi	%
Primaria	71	19,9
Secundaria	155	43,4
Superior	131	36,7
TOTAL	357	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que el grado de instrucción del 43,4% de trabajadores de la empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", es secundaria, el 36,7% es superior, mientras que solo un 19,9% es primaria.

De estos resultados se puede deducir que gran parte de la población analizada cuenta con un buen nivel educativo, que, sin embargo, se desempeña como taxista, ya sea porque es su segundo trabajo o porque simplemente no ha encontrado un empleo acorde a su profesión o especialidad.

Tabla 4

*Población en estudio según estado civil, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”,
Arequipa 2017*

ESTADO CIVIL	Fi	%
Soltero	22	6,2
Casado	17	4,7
Viudo	6	1,7
Divorciado	149	41,7
Conviviente	163	45,7
TOTAL	357	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que un 45,7% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, tienen estado civil conviviente; el 41,7% tienen estado civil divorciado, el 6,2% son solteros, un 4,7% son casados y solo un 1,7 son viudos.

Estos resultados se corresponden con la estadística general que indica que más de la mitad de los ciudadanos optan por la convivencia. Aunado a ello, probablemente el trabajo de taxi no proporcione la estabilidad económica suficiente como para formalizar un matrimonio.

Tabla 5

Población en estudio según frecuencia del síndrome de Burnout, empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa – 2017

SÍNDROME DE BURNOUT	Fi	%
Bajo	21	5,9
Medio	310	86,8
Alto	26	7,3
TOTAL	357	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se puede apreciar que un 86,8% de trabajadores de la empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", presentan el síndrome de Burnout en un nivel medio, el 7,3% tiene un nivel alto y solo un 5,9% tienen un nivel bajo.

Estos resultados indican que el síndrome de Burnout afecta considerablemente a los taxistas probablemente debido a los agentes estresores que deben padecer, tales como la congestión vehicular, la competencia vehicular, las altas temperaturas, los problemas interpersonales, etc.

Tabla 6

Población en estudio según nivel de autocuidado, empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017

NIVEL DE AUTOCUIDADO	Fi	%
Bajo	209	58,5
Medio	146	40,9
Alto	2	0,6
TOTAL	357	100,0

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que un 58,5% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, tiene un nivel de autocuidado bajo, un 40,9% tiene un nivel medio y solo un 0,6% tienen un nivel de autocuidado alto.

Estos resultados indican que el autocuidado como función indispensable para mantener la propia vida, la salud, el desarrollo y el bienestar, no es practicado por los taxistas estudiados.

Tabla 7

Correlación entre agotamiento emocional y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017

Nivel de agotamiento emocional	Nivel de Autocuidado						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	40	11,2%	47	13,2%	2	0,6%	89	24,9%
Medio	154	43,1%	91	25,5%	0	0,0%	245	68,6%
Alto	15	4,2%	8	2,2%	0	0,0%	23	6,4%
TOTAL	209	58,5%	146	40,9%	2	0,6%	357	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tau b de Kendall = -0,153 p-valor = 0,003

En la presente tabla se tiene que el 43,1% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, que tienen un nivel de agotamiento emocional medio, tienen un nivel de autocuidado bajo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un nivel de significancia de $0,003 < 0,05$ y un coeficiente Tau b de Kendall de -0,153 existe una relación inversa entre el nivel de agotamiento emocional y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”. Por lo tanto, a mayor agotamiento emocional menor nivel de autocuidado.

Tabla 8

Correlación entre nivel de despersonalización y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017

Nivel de despersonalización	Nivel de Autocuidado							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	110	30,8%	110	30,8%	2	0,6%	222	62,2%
Medio	94	26,3%	36	10,1%	0	0,0%	130	36,4%
Alto	5	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,4%
TOTAL	209	58,5%	146	40,9%	2	0,6%	357	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tau b de Kendall = -0,239; p-valor = 0,000

En la presente tabla se tiene que el 30,8% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, que tienen un nivel de despersonalización bajo y medio respectivamente, tienen un nivel de autocuidado bajo y medio.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,000 < 0,05 y un coeficiente Tau b de Kendall de -0,239 existe relación inversa entre el nivel de despersonalización y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”. Por lo tanto, a mayor nivel de despersonalización menor nivel de autocuidado.

Tabla 9

Correlación entre realización personal y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017

Nivel de realización personal	Nivel de Autocuidado							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto	2	0,6%	7	2,0%	0	0,0%	9	2,5%
Medio	120	33,6%	48	13,4%	0	0,0%	168	47,1%
Bajo	87	24,4%	91	25,5%	2	0,6%	180	50,4%
TOTAL	209	58,5%	146	40,9%	2	0,6%	357	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tau b de Kendall = 0,184 p-valor = 0,000

En la presente tabla se tiene que el 33,6% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, que tienen un nivel de realización personal medio, tienen un nivel de autocuidado bajo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,000 < 0,05 y un coeficiente Tau b de Kendall de 0,184 existe relación directa entre la realización personal y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”. Por lo tanto, a niveles medio y bajo de realización personal, bajo nivel de autocuidado.

Tabla 10

Correlación entre el síndrome de burnout y nivel de autocuidado en taxistas de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, Arequipa 2017

Burnout	Nivel de Autocuidado							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	7	2,0%	14	3,9%	0	0,0%	21	5,9%
Medio	182	51,0%	126	35,3%	2	0,6%	310	86,8%
Alto	20	5,6%	6	1,7%	0	0,0%	26	7,3%
TOTAL	209	58,5%	146	40,9%	2	0,6%	357	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tau b de Kendall = -0,121; p-valor = 0,004

En la presente tabla se tiene que el 51,0% de trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”, que presentan el síndrome de Burnout en un nivel medio, tienen un nivel de autocuidado bajo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Con un p-valor = 0,004 < 0,05 y un coeficiente Tau b de Kendall de -0,121 existe relación inversa entre el síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”. Por lo tanto, a mayores niveles de gravedad del síndrome de Burnout menores niveles de autocuidado.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El síndrome de Burnout se presenta en circunstancias en que el estrés excesivo se vuelve crónico. Tales circunstancias pueden encontrarse en ambientes laborales que tengan gran cantidad de agentes estresógenos. Es el caso del transporte público de nuestra ciudad. En efecto, las condiciones del parque automotor de Arequipa son sumamente inadecuadas, por el desorden e informalidad que prima.

En estas condiciones se encuentran expuestos los choferes de taxi de las diversas empresas de transporte. Según nuestros resultados, la mayoría de taxistas (97,8%) son de sexo masculino, resultados muy similares a los encontrados por Mallma, A. (2012) que en su estudio titulado "Condiciones laborales y comportamientos en salud de los conductores de una empresa de transporte público del cono norte, encontró también que el 97% de conductores son de sexo masculino (13).

Se trata de una población mayormente joven. En nuestro estudio se encontró que las edades de los taxistas fluctúan entre los 22 y 67 años, con un promedio de 40 años, similares resultados fueron obtenidos por Rodríguez, H., et al. (2015)

quienes en su estudio titulado “Calidad de Vida en Conductores de Taxis Colectivos, encontraron que la edad media de los taxistas fue de 48,1 años (9).

Por otro lado, los taxistas estudiados en nuestro trabajo presentaron el síndrome de Burnout en un nivel medio en un 86,8%, un 7,3% tiene un nivel alto y solo un 5,9% tienen un nivel bajo. Similares resultados fueron obtenidos por González, M. (2011) en su estudio titulado “Estrés cotidiano en trabajadores del volante”; llevado a cabo en México, en el que la prevalencia de hiperestrés, definido como estrés peligroso o elevado, fue de 26,7% en esta población.

Asimismo, los taxistas estudiados tienen un nivel bajo de autocuidado en más de la mitad de los casos (58,5%); un 40,9% tiene un nivel medio y solo un 0,6% tienen un nivel de autocuidado alto; situación altamente preocupante. Por su lado, Mallma, A. (2012) en su estudio titulado “Condiciones laborales y comportamientos en salud de los conductores de una empresa de transporte público del cono norte en Lima encontró que el 59% de taxistas no duerme las 8 horas, el 61,4% declaró realizar alguna actividad física, el 14,4% fuma y el 53,8% considera que su alimentación no es saludable. Del mismo modo Llerena, J. (2012) en su estudio titulado “Efectos estresante y depresión en los trabajadores de la Empresa de Transporte lima, encontró que más del 30 %de los choferes de transporte público presenta un estado de salud mental afectado por el estrés, y un 34% de estos considera que trabaja bajo un alto nivel de estrés ambiental.

Luego de analizar estos resultados se pudo encontrar que existe relación inversa estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.003 < 0.05$) entre el nivel de agotamiento emocional y el nivel de autocuidado, entre el nivel de despersonalización y el nivel de autocuidado ($p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$), entre el nivel de realización personal y el nivel de autocuidado ($p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$). Finalmente se pudo establecer de manera estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.004 < 0.05$), que el síndrome de Burnout se relaciona inversamente, con el déficit de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Las edades de los trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” fluctúan entre los 22 y 67 años, con un promedio de 40 años; el 97,8% son de sexo masculino, el 43,4% tiene grado de instrucción secundaria, mientras que el 36,7% tiene grado de instrucción superior. Un 45,7% tienen estado civil conviviente mientras que el 41,7% tiene estado civil casado.
- SEGUNDA.** En cuanto a la frecuencia de presentación del síndrome de Burnout, la mayor parte de los trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” tienen en un nivel medio (86,8%), un 7,3% tiene un nivel alto y solo un 5,9% tienen un nivel bajo.
- TERCERA.** Los trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.” tienen un nivel de autocuidado bajo en más de la mitad de los casos (58,5%); un 40,9% tiene un nivel medio y solo un 0,6% tienen un nivel de autocuidado alto. Estos resultados indican que el autocuidado como función indispensable para mantener la propia vida, la salud, el desarrollo y el bienestar, no es practicado por los taxistas estudiados.
- CUARTA.** Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación inversa, estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.003 < 0.05$) entre el nivel de agotamiento emocional y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.
- QUINTA.** Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación inversa, estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$) entre el nivel de despersonalización y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.

SEXTA. Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación directa, estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$) entre el nivel de realización personal y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.

SÉPTIMA. Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, existe relación inversa, estadísticamente significativa ($p\text{-valor} = 0.004 < 0.05$) entre el síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en trabajadores de la empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al gerente de la empresa "Turismo Arequipa", Gustavo Muñoz Tacuzi, que promueva el desarrollo de actividades físicas para sus trabajadores; puesto que dicha actividad aumenta el nivel de endorfinas, hormonas que permiten sentir alegría, bienestar y reducen el nivel de estrés crónico.
2. Luego de sus actividades en el volante, es preciso que los taxistas se mantengan ocupados en actividades propositivas, como los deportes para contrarrestar los efectos deletéreos del estrés crónico y del Burnout. Asimismo, deben ser motivados para que realicen ejercicios de "relajación progresiva"; para que aprendan a disminuir la tensión muscular. Con esto se puede eliminar las contracturas musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.
3. Se recomienda al jefe de personal que realice controles periódicos de los niveles de estrés y Burnout en los conductores de taxi de su empresa, para reconocer precozmente sus síntomas y puedan recibir individualmente atención por parte de una profesional de enfermería (anexo 5).
4. Se recomienda a los conductores de taxi de la empresa que pongan en práctica las actividades de cuidado personal tanto físico como psicológico, puesto que sus niveles de autocuidado están por debajo de lo esperado.
5. Se sugiere a la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, filial Arequipa, realizar nuevos estudios, en la línea de investigación de estrés laboral seguida por la autora del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

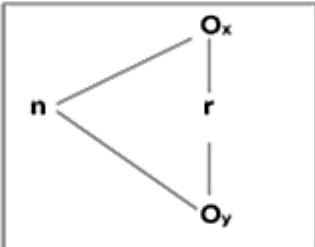
1. OMS. Atención para el trastorno. [Online].; 2000. Available from: www.estréscatarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/.
2. Situación de la salud mental. [Online]; 2000. Available from: www.inism.gob.pe/situacionsm.htm.
3. Sapolsky R. ¿Por qué las cebras no tienen úlcera?: La guía del estrés. Madrid: Alianza Editorial,; 2013.
4. McEwen B. The Brain on Stress: Toward an Integrative Approach to Brain, Body, and Behavior. *Perspect Psychol Sci.* 2013; 1; 8(6): 673–675.
5. Ponce C. Dimensiones del estrés Lima: Rios Hnos ed.; 2010.
6. Chiang R. Mente y cuerpo. Chile e, editor. Valparaíso; 1997.
7. Chaparro N, Guerrero J. Condiciones de trabajo y salud en conductores de una empresa de transporte público urbano. *Rev. Salud Pública.* 2001.
8. Pérez N. Informe del parque automotor de Arequipa. Perú. 2014.
9. Cerda Díaz E BRHHGLDFMRea. Calidad de vida en conductores de taxis colectivos usando el cuestionario short form 36 Versión 2.. *Cienc Amp Trab.* 2015 Abril;(17(52):43–8.).
10. Arbeláez J. Estrés en conductores de transporte público de la ciudad de Bogotá y accidentalidad vial. Colombia; 2013.
11. M. G. Estrés cotidiano en trabajadores del volante México D.F.; 2011.
12. LLerena J. Efectos estresante y depresión en los trabajadores de de la Empresa de Transporte 41 en el asentamiento humano Pachacutec, línea que cubre la ruta Pachacútec – Villa el Salvador Lima; 2012.
13. Mallma A. Condiciones laborales y comportamientos en salud de los conductores de una empresa de transporte público del cono norte Lima; 2012.

14. Arias L. Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales Arequipa; 2012.
15. Orem D. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
16. Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería Barcelona: Elsevier; 2015.
17. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major C. El pensamiento enfermero Barcelona: Masson; 1996.
18. George J. Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos á Prática Profissional. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
19. Martinez P. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado. Vivat Academia. 2010;(112).
20. Freudenberger H. Burn-out Nueva York: Doubleday; 1980.
21. Pines A, Aronson E. Carrer burnout: causes and cures. The Free Press. 1988.
22. Maslach C, Leiter P. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress And What to do About it, San Francisco California: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1997.
23. Cordes C, Dougherty T. A Review And An Integration Of Research On Job Burnout. The Academy of Management Review. 1993; Vol. 18.
24. Buitrago N, Cárdenas H. Nivel de agencia de autocuidado de la salud en el trabajo, en un grupo de trabajadores de la construccion civil de una institucion educativa privada de nivel superior Bogotá: Universidad Javeriana; 2009.
25. Reinke K. Autocuidado: un proceso voluntario y personal. Neoprevención. 2002;(N° 1).
26. Tobón O. El Autocuidado, una habilidad para vivir. [Online]. Available from: http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista_8_5.pdf..

27. Montero J, García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36). BMC Public Health. 2010;((10): 302.).
28. Leiva V, Cubillo, Porras, Ramírez, Sirias. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. Enfermería actual en Costa Rica. 2016 julio;(31).
29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México D.F.: Mc GrawHill.; 2014.

ANEXOS

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL AUTOCUIDADO EN TAXISTAS DE LA EMPRESA "TURISMO AREQUIPA S.R.L.", AREQUIPA - 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p align="center"><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿Existe relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p>	<p align="center"><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p>	<p>H₁: Es probable que el Síndrome de Burnout se relacione significativamente con el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.</p>	<p align="center"><u>VARIABLE X</u></p> <p>Síndrome de Burnout</p> <p align="center"><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio Emocional - Despersonalización - Realización personal 	<p align="center"><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p align="center">Descriptiva</p> <p align="center"><u>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Correlacional de corte transversal
<p align="center"><u>PROBLEMAS SECUNDARIOS</u></p> <p>¿Cuáles son las características demográficas de los taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el cansancio emocional y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la despersonalización y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la realización personal y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017?</p>	<p align="center"><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <p>Identificar las características demográficas de los taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p> <p>Determinar el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el cansancio emocional y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la despersonalización y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la realización personal y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa "Turismo Arequipa S.R.L.", Arequipa 2017.</p>	<p>H₀: No existe relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de autocuidado en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa.</p>	<p align="center"><u>VARIABLE Y</u></p> <p>Nivel de autocuidado</p> <p align="center"><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores internos o personales - Factores externos o ambientales 	 <p align="center"><u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</u></p> <p align="center">Variable X: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)</p> <p align="center">Variable Y: Cuestionario de agencia de autocuidado (Isenberg, 1983)</p>
		<p align="center"><u>POBLACIÓN</u></p> <p>La población estará constituida por 5000 choferes de taxi de la empresa "Turismo Arequipa".</p>		
		<p align="center"><u>MUESTRA</u></p> <p>La muestra estuvo conformada por 357 choferes de taxi de la empresa "Turismo Arequipa".</p>		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Anexo - 1

ANEXO 2

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Marque con un aspa el número que crea adecuado sobre la frecuencia con que siente los síntomas indicados en los enunciados:

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Grado de instrucción: _____

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

N°	Aspecto evaluado	Puntos						
		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0	1	2	3	4	5	6
4	Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pasajeros/as.	6	5	4	3	2	1	0
5	Creo que estoy tratando a algunos pasajeros/as como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día supone un gran esfuerzo y me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pasajeros.	6	5	4	3	2	1	0
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que empecé en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que trabajo demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pasajeros/as.	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pasajeros/as.	6	5	4	3	2	1	0
18	Me siento estimado con los pasajeros/as después de realizado el servicio.	6	5	4	3	2	1	0
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	6	5	4	3	2	1	0
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	6	5	4	3	2	1	0
22	Creo que los pasajeros/as me culpan de algunos de sus problemas, como llegar tarde a su trabajo.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3

ESCALA DE APRECIACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ISENBERG, 1983)

Instrucciones

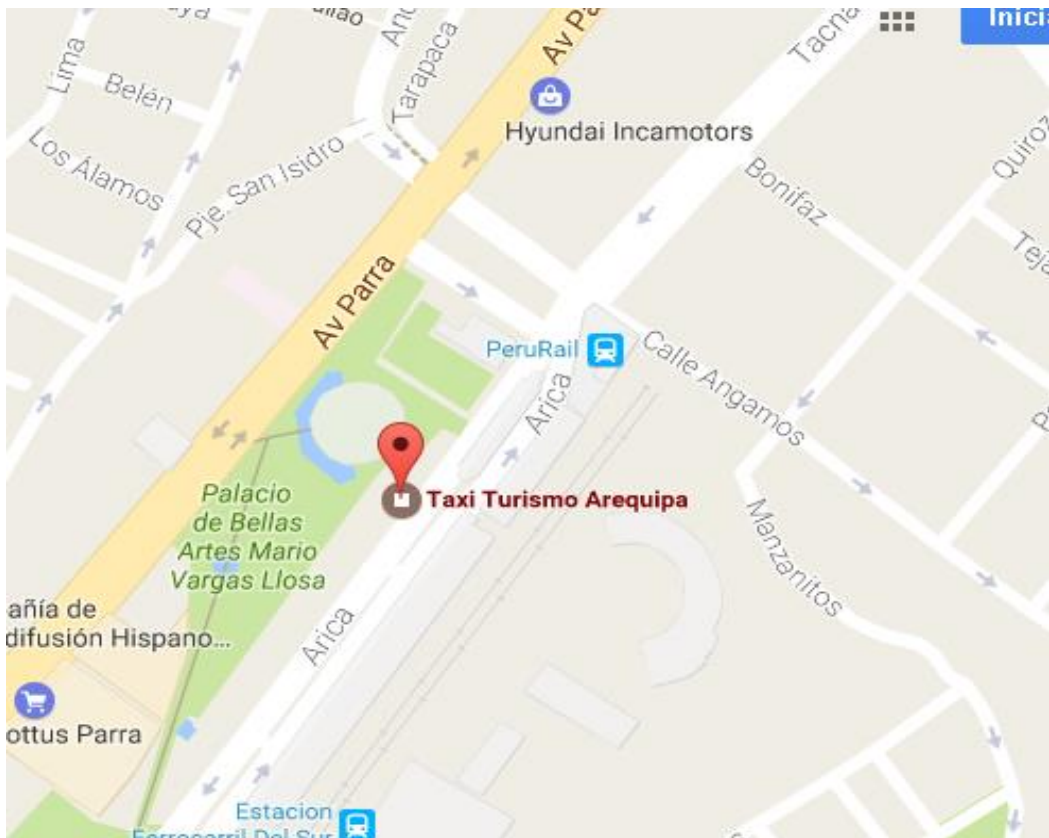
A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre el cuidado de la salud. Usted debe marcar con una X si lo que aparece descrito en la afirmación lo realiza siempre, o a menudo o a veces o rara vez o nunca.

N°	Ítem	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1	Cada vez que cambio mi horario de trabajo voy haciendo los ajustes necesarios para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
2	Reviso si las acciones que realizo habitualmente en el trabajo para mantenerme con salud, son seguras.	1	2	3	4	5
3	Si tengo problemas en mi trabajo solicito ayuda a los compañeros a mis jefes o a mi familia.	1	2	3	4	5
4	Yo hago lo necesario para mantener limpio y en buenas condiciones mi automóvil de trabajo.	1	2	3	4	5
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo en el trabajo.	5	4	3	2	1
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud en el trabajo que las que tengo ahora.	1	2	3	4	5
8	Uso los elementos de protección personal, para protegerme (cinturón, bronceador, otros)	1	2	3	4	5
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5
10	Cuando hay situaciones que me afectan en el trabajo, yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	1	2	3	4	5
11	Pienso en hacer ejercicio, pausa laboral y descansar un poco en el trabajo, pero no llego a hacerlo.	5	4	3	2	1
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir al responsable de la empresa.	1	2	3	4	5
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4	5
14	Cuando obtengo información sobre mi salud en el trabajo, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4	5
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio por exposición a los peligros en el trabajo (sol, smog, ruidos, otros)	1	2	3	4	5

16	He sido capaz de cambiar los hábitos y acciones inseguras en el trabajo, con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
17	Cuando tengo que realizar una ruta que no conozco y que considero peligrosa, la evito.	1	2	3	4	5
18	Soy capaz de tomar medidas de control para garantizar que no corro peligros en mi trabajo.	1	2	3	4	5
19	Soy capaz de evaluar las medidas de seguridad que tengo para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar mi salud.	5	4	3	2	1
21	Si mi salud se ve afectada en el trabajo, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4	5
22	Si yo no puedo cuidarme en el trabajo busco ayuda.	1	2	3	4	5
23	Puedo sacar tiempo para capacitarme en normas de seguridad.	1	2	3	4	5
24	A pesar de mis limitaciones en el trabajo para controlar los peligros, soy capaz de cuidarme como es indicado.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

MAPA DE UBICACIÓN DE LA EMPRESA DE TAXI “TURISMO AREQUIPA”



ANEXO 5

PLAN DE INTERVENCION PARA EL MANEJO DE SINDROME DE BURNOUT EN LA EMPRESA “TURISMO AREQUIPA S.R.L.

JUSTIFICACIÓN:

Los taxistas estudiados en nuestro trabajo presentaron el síndrome de Burnout en un nivel medio en un 86,8%, un 7,3% tiene un nivel alto y solo un 5,9% tienen un nivel bajo y considerando que la Salud Mental es el eje del desarrollo personal, familiar y comunal, es que se hace necesario implementar un plan de intervención en la Empresa “Turismo Arequipa S.R.L.”

OBJETIVOS:

- Disminuir el porcentaje de Síndrome de Burnout en taxistas de la Empresa Turismo Arequipa S.R.L.
- Desarrollar acciones de diagnóstico especializado y tratamiento precoz orientado a los choferes de la empresa Turismo Arequipa S.R.L.

FECHA DE EJECUCIÓN:

Se sugiere desde el mes de Agosto a Diciembre del 2017.

METAS:

Lograr disminuir los niveles de Síndrome de Burnout.

ESTRATEGIAS:

- Coordinación con la gerencia de la Empresa Turismo Arequipa S.R.L. para la conformación de un equipo multidisciplinario (medicina ocupacional y de la especialidad).

- Coordinación con la gerencia de la Empresa Turismo Arequipa S.R.L. para la factibilidad de convenio con EsSalud u otras empresas o instituciones prestadoras de salud para los trabajadores.

CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	FECHAS	RESPONSABLES
Difusión del Plan de Intervención	Agosto	Empresa Turismo Arequipa
Evaluación personalizada de los choferes	Atención diaria a partir del mes de Agosto	Equipo de salud (medicina ocupacional y de la especialidad).
Atención Integral (consejerías, terapias, tratamiento)	Con Historia clínica mental, a partir del mes de Agosto	Equipo de salud (medicina ocupacional y de la especialidad).
Sesiones educativas	Setiembre-Octubre-Noviembre	Equipo de salud (medicina ocupacional y de la especialidad).