



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RELACION ENTRE SINDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD
EN LA ATENCION DE LA ENFERMERA EN EL POLICLINICO
SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: HURTADO ROJAS, GIANNINA DEIDIS

LIMA – PERÚ

2017

**“RELACION ENTRE SINDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD
EN LA ATENCION DE LA ENFERMERA EN EL POLICLINICO
SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 37 enfermeras, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario tipo Likert de 22 ítems, y un segundo cuestionario que consta de 12 preguntas organizado por las dimensiones: Despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,816); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,803). Estadísticamente quedó confirmado por la R de Pearson con un valor de (-0,873) y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las enfermeras con Síndrome de Burnout de Nivel Medio también realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un porcentaje mayor- Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un porcentaje bajo. Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables.

PALABRAS CLAVES: *Síndrome de Bournout, calidad en la atención. Despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal.*

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between Bournout's syndrome and quality of care in the Sagrada Familia Polyclinic, San Juan de Miraflores - 2015. This is a cross-sectional descriptive research, with a sample of 37 Nurses, a 13 -item Likert Questionnaire was used to collect information, organized by the following dimensions: Depersonalization, emotional exhaustion and lack of personal fulfillment. The validity of the instrument was done by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0,816); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.803). Statistically confirmed by the Pearson R with a value of (-0.873) and a novel significance $p < 0.05$.

CONCLUSIONS

Nurses with Middle-Level Burnout Syndrome also perform the quality of care at a Medium level in a higher percentage- Nurses who have High Burnout Syndrome perform Quality of Care Low and Low-level Nurses of Syndrome Of Burnout perform high quality of care at a low percentage. These results indicate that there is an indirect and significant relationship between both variables.

KEY WORDS: *Bournout syndrome, quality of care. Depersonalization, emotional exhaustion and lack of personal fulfillment.*

ÍNDICE

	Pag.
CARÁTULA	
TÍTULO	
ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivos generales	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.1.1. Antecedentes Internacionales	5
2.1.2. Antecedentes Nacionales	9
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipotesis	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	30
2.5.2. Definición operacional de la variable	30
2.5.3. Operacionalización de la variable	31

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de investigación	32
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3 Población y muestra	33
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
CAPÍTULO V: DISCUSION	41
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones del sector salud es la calidad en la atención y la gestión de los recursos humanos para mejorar la calidad de vida, satisfacción y bienestar del personal. Podemos decir de cierta forma que se quiere lograr un equilibrio en el aspecto laboral como individual para el logro de objetivos organizacionales.

La expresión de Síndrome de Bourrnout refiere al desgaste profesional o también llamado estrés laboral, que se presenta en profesiones que mantienen constante contacto con personas; desencadenando en el personal un agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Entre las principales profesionales con alto índice de estrés encontramos a la enfermera, quien tiene un rol muy importante, ya que cumple funciones como programar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermería otorgadas durante su turno de los pacientes a su cargo, tanto hospitalizados como los que ingresan transitoriamente por procedimientos médicos; gestionar el cuidado en relación con promoción, mantenimiento y restauración de la salud y ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; velar por la administración de los recursos físicos, materiales y humanos de asistencia al paciente, sin mencionar que lidian con diversos caracteres, circunstancias de la sociedad y factores ambientales que demandan su participación y entrega al 100%, con el único objetivo de obtener una satisfacción mutua.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se vienen originando constantes cambios donde las enfermeras tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; exigiéndole una atención de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el que hacer de sus funciones ya que el paciente tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a inicios del presente siglo, las enfermedades provocadas por el estrés habrán superado a las enfermedades infecciosas y se estima que en el año 2010 en América Latina y el Caribe, se tendrán más de 88 millones de 6 personas con trastornos afectivos desencadenados por el estrés, y esto origina que las personas se ubiquen en una situación incómoda emocional y somáticamente, debiendo buscar la forma de cómo responder ante sus problemas. ⁽¹⁾

Estudios realizados en la Unión Europea (UE) han concluido que el estrés laboral es un problema importante. Según la Quinta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo alrededor del 60% de los trabajadores encuestados manifestaron problemas relacionados con el exceso de carga de trabajo, y un 19% percibían falta de apoyo social en el trabajo. Otro riesgo relevante de la encuesta fueron las tasas de exposición a trabajo emocional. En algunos sectores ocupacionales como sanidad, el 40% de los trabajadores manifestaron tener problemas relacionados con el trabajo emocional. Como consecuencia de la exposición a estos y otro tipo de riesgos un 20% de los trabajadores encuestados en los 27 países de la Unión Europea informaron que sus condiciones de trabajo suponían un riesgo para su salud mental. ⁽²⁾

La enfermera sobre lleva a lo largo de su carrera diversas situaciones, como el bajo reconocimiento social, trabajo bajo presión de tiempo, falta de autonomía, incorporación de nuevas tecnologías, relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo, contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, sobrecarga laboral, turnos rotativos, alto índice de contratación temporal, etc. Todos estos escenarios han sido identificados como antecedentes del Síndrome de Bournout.

Por lo mencionado anteriormente, el presente proyecto de investigación determinara la relación existente entre el Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia en el Distrito de San Juan de Miraflores – 2015.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre el Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015, según las dimensiones de agotamiento emocional y técnica.

Identificar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015, según las dimensiones de despersonalización e interpersonal.

Identificar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015, según las dimensiones de falta de realización personal.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La enfermera como miembro fundamental del equipo de salud, se enfrenta a situaciones generadoras de estrés laboral, que tiene como origen a un sin número de presiones, siendo esta una problemática de trascendencia social, laboral y humana. Brindar calidad en la atención es dar respuesta a las necesidades de bienestar de un paciente, con los mejores recursos humanos, materiales y aspectos técnico - científicos de los que se dispone buscando el máximo grado de desarrollo y de satisfacción, de igual forma se debe prever que todo lo que está alrededor del paciente responda de

manera positiva durante la atención, puesto que si este proceso no se da, posiblemente se presenten las inconsistencias en la atención, y por consecuencia impedir el logro de los objetivos dentro de la organización.

Todo ello motiva a la realización del Proyecto de investigación que tiene como propósito determinar la relación entre el Síndrome de Bournout y la calidad en la atención de la enfermera del Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015. Este proyecto de investigación permitirá que la enfermera brinde la debida importancia a la influencia negativa que genera el estrés laboral en la calidad del cuidado de enfermería y sea concientizado para la toma de medidas preventivas y manejo adecuado del estrés, así mismo, va dirigido a los directivos correspondientes para que se tome la debida importancia del caso y oriente a establecer un plan dirigido a contribuir al mejoramiento de la salud emocional de los trabajadores y más aún de la enfermera.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- La primera limitación es la poca disposición de facilidades para brindar los permisos correspondientes por parte del personal en el policlínico Sagrada Familia en San Juan de Miraflores.
- El poco tiempo proporcionado para aplicar el cuestionario, ya que no podía ser dentro del horario laboral.
- La distancia y horarios para coordinar la aplicación del cuestionario.
- La falta de comprensión en mi centro laboral para los permisos correspondientes.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

CHACÓN ROGER Margarita, GRAU ABALO Jorge, Realizaron un estudio sobre “Bournout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos”, en Cuba el 2013, objetivo: comparar el comportamiento de este síndrome en este personal a nivel internacional e identificar la satisfacción de los pacientes y la preservación de la calidad de la vida laboral de estos profesionales. Diseño, descriptivo de corte transversal y correlacional. Método, Se realiza una amplia revisión de la literatura internacional en relación con el síndrome en general y particularmente en la profesión de enfermería, y se comentan los resultados preliminares acerca del comportamiento de este síndrome en una muestra de enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. En la evaluación global que se hizo del Bournout en 78 enfermeros se pudo apreciar que la mayoría (44 %) puntuaba en la

1

categoría de "moderado". El 66 % de éstos estaba moderadamente afectado en la dimensión de despersonalización. De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación se concluye que: Los resultados obtenidos en Cuba no se apartan de los encontrados en la literatura internacional, la despersonalización es considerada convencionalmente como la dimensión clave del síndrome. ⁽³⁾

CAMPERO DE MONTIS Lourdes, GONZÁLEZ ROSA Jacqueline, Realizaron la investigación titulada “Estrés laboral en el personal de enfermería de alto riesgo” en Argentina, el 2012, el objetivo es determinar si los enfermeros en estudio manifiestan estrés laboral e identificar los posibles factores incidentes. La intención es que el problema se investigue, a través de un método cuantitativo, y según el período y secuencia de estudio sería transversal, ya que se estudiaran las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo ,posiblemente un corte en el tiempo, y según el alcance que tuvieren los resultados y el análisis de los mismos, el estudio tendría un enfoque analítico, ya que buscará contestar porque suceden determinados fenómenos, cuál sería la causa o el factor de riesgo asociado o cual sería el efecto de esa causa o factor de riesgo. La población consto de 27 enfermeras con diferentes niveles de formación académica. Conclusiones: Las áreas de cuidados intensivos son espacios donde se requiere personal de enfermería calificado para el manejo de pacientes críticos, por la gran responsabilidad que asumen. Frente a esta situación el personal de salud está expuesto a distintas situaciones de estrés. Los factores de riesgo que pueden causar estrés están relacionados con el grado de responsabilidad del profesional de la salud, sobrecarga de trabajo, el contacto con la muerte, el sufrimiento, el conflicto y la ambigüedad de roles, problemas de interrelación con el equipo multidisciplinario etc.

Todo ello afecta en la calidad de vida del personal de enfermería y su entorno, así también como en el desempeño laboral disminuyendo la calidad de los cuidados. Todas estas características pueden impedir el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad. Al inicio de este trabajo nos preguntamos si los enfermeros de la terapia intensiva manifiestan estrés laboral y cuáles son los factores estresores que prevalecen. Con los resultados obtenidos se dio respuesta al planteamiento del problema y a los objetivos que dieron origen a este trabajo de investigación; ya que comprobamos que sí manifiestan estrés e identificamos los factores que favorecen la aparición del mismo. Luego del análisis de los datos encontramos que del total de los encuestados solo el 30% manifiesta no auto percibir estrés laboral, mientras que el resto si lo ha percibido frecuentemente o muy frecuentemente. Como ya hemos mencionado, la sobrecarga laboral produce desgaste físico y mental, e impide al profesional hacer frente y cumplir con “todas” las actividades laborales que se le presentan a diario. La sobrecarga de trabajo es otro factor estresor importante para los enfermeros de terapia intensiva, ya que el trabajo realizado arroja que solo el 11% de los encuestados manifiestan no tener este factor estresor. La mala distribución del personal, referido por los encuestados corresponde al 93% de disconformidad, también tiene un papel importante en la sobrecarga de trabajo. Una administración adecuada del equipo de trabajo podría ser la solución a esta ineficiencia. Tomando medidas correctivas y con la participación del equipo de enfermería para cambios favorables del servicio con igualdad hacia todo el personal, el objetivo es mejorar la calidad de atención. Creemos entonces que estamos en condiciones de decir que los enfermeros del servicio de unidad de terapia de intensiva pediátrica del Hospital Dr. Humberto. J. Notti si manifiestan estrés laboral porque están expuestos en forma permanente a factores estresores. ⁽⁴⁾

FLORES Noelia, GENARO Cristina J, CRUZ Maribel, VEGA Vanessa, DEL CARMEN PÉREZ María, Realizaron la investigación titulada “Síndrome de Bournout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios” en México el 2013, El objetivo de este trabajo consistió en analizar los factores asociados con la calidad de vida laboral y su relación con el síndrome de Bournout en profesionales de servicios sanitarios. La muestra estuvo formada por 562 trabajadores pertenecientes al sector sanitario, a quienes se evaluaron los estresores o demandas laborales, el apoyo social percibido, el síndrome de Bournout, diversos factores de salud biopsicosocial y la satisfacción y calidad de vida laboral percibida. Los instrumentos empleados fueron el Maslach Bournout Inventory-General Survey (mbi-gs), el Job Content Questionnaire (jcq) y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (ghq- 28). Los resultados obtenidos evidenciaron altas tasas de estrés percibido, así como la presencia de Bournout o síndrome de “quemarse” por el trabajo. También se encontraron repercusiones en la salud física y psicológica de los profesionales. Los análisis de varianza pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en función de variables como la categoría profesional y los años de antigüedad en la profesión. Asimismo, los análisis de regresión confirmaron que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de Bournout. Los resultados justifican la necesidad de intervenir con estos profesionales para mejorar tanto su salud como la calidad de los servicios ofrecidos. ⁽⁵⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

GAMONAL MOSAURIETA Yessenia Lizeth, GARCÍA VARGAS Carmen Del Milagro, SILVA MATHEWS Zulema Inés. Realizaron la investigación titulada “Síndrome de Bournout en el Profesional de Enfermería que labora en áreas críticas” en Lima el 2008. El síndrome de Bournout constituye un estado de fatiga o frustración, ocasionado por una falta de recompensa esperada, tras un esfuerzo dedicado a un proyecto de vida, precedido de una fase de falta de motivación, producción e ineficacia, constituyendo una de las principales causas de deterioro de las condiciones laborales, mayores accidentes y ausentismo. Objetivo: determinar la existencia del síndrome de Bournout entre las enfermeras de unidades críticas de una institución de salud infantil. Material y métodos: el estudio fue cuantitativo-descriptivo de corte transversal, realizado en cinco servicios de áreas críticas de una institución de salud de nivel III; la población estuvo constituida por 132 profesionales de enfermería, participando 105 conforme criterios de inclusión y exclusión. Para recolectar los datos se utilizó el cuestionario auto-administrado de Maslach Bournout Inventory/MBI en versión traducida y validada en el Perú, mediante entrevistas personales y entrega del instrumento en sobre cerrado. El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva con análisis univariado y bivariado con auxilio del SPSS v.13. Resultados: el 78,1% presentó tendencia a síndrome de Bournout predominando el nivel bajo en todas las dimensiones: despersonalización 80,0%, cansancio emocional 66,7% y realización personal 65,7%. Todas las enfermeras presentaron baja realización personal, sin embargo, las de Sala de operación y Emergencia presentaron también cansancio emocional en nivel medio (30,4% y 33,9% respectivamente). Conclusión: elevada tendencia a presentar

Síndrome de Bournout con una baja realización personal en todas las áreas críticas, especialmente en Sala de operación. ⁽⁶⁾

AYALA CÁRDENAS Elizabeth, Realizo la investigación titulada “Síndrome de BOURNOUT en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011”, El objetivo fue determinar el Síndrome de Bournout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2011. Material y Método. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 93, 53 enfermeras (os) y 39 técnicas (os) en enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento el Maslach Bournout Inventory (MBI), aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (93), 13% (12) tiene alto, 68% (63) medio y 19% (18) bajo. En agotamiento emocional, del 100% (39) técnico en enfermería 58% (23) tienen medio, 21% (8) alto y 21% (8) bajo, las enfermeras (os) del 100% (54), 55% (30) medio, 19% (10) alto y 26% (14) bajo. En la despersonalización, el personal técnico 44% (17) tiene medio, 18% (7) alto y 38% (15) bajo, las enfermeras (os) 59% (32) tiene medio, 15% (8) alto y 26% (14) bajo. En realización personal, el técnico en enfermería 46% (18) es medio, 23% (9) bajo y 31% (12) alto y en las enfermeras (os) 61% (33) tienen medio, 17% (9) bajo y 22% (12) alto. Acerca de los servicios críticos en Sala de Operaciones del 100% (23) del personal, 74% (17) tienen medio, 9% (2) alto y 17% (4) bajo, en la Unidad de Terapia Intensiva del 100% (21), 62% (13) tienen medio, 19% (4) alto y 19% (4) bajo, y en Emergencia del 100% (24), 58% (14) tienen medio, 21% (5) alto y 21% (5) bajo. Conclusiones. El Síndrome de Bournout en la mayoría del personal de enfermería de los servicios críticos es medio a alto, de igual modo en la dimensión agotamiento emocional y despersonalización referido a que se

sienten cansadas (os) al final de la jornada de trabajo, no les importa lo que les ocurra a los pacientes, creen que están trabajando demasiado, trabajar todo el día con pacientes implica un gran esfuerzo de su parte y trabajar directamente con personas le produce estrés, mientras que en la dimensión realización personal de la mayoría es medio a bajo y en cuanto a los servicios críticos el mayor porcentaje del personal de enfermería es medio a alto en los servicios de Emergencia, Sala de Operaciones y Unidad Terapia Intensiva. ⁽⁷⁾

CACERES PAREDES Cristina, TAVERA PALOMINO Mariela del Pilar, Realizaron la investigación titulada “Bournout y condiciones laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales, en Lima el 2013. En el presente estudio se tuvo como objetivo explorar la existencia del síndrome de Bournout materializado en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; así como explorar las condiciones laborales en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional Materno Infantil. La muestra no probabilística se conformó de 17 enfermeras y 11 técnicas de enfermería (N=28), en su mayoría casadas con hijos laborando un promedio de 10 años en el hospital. La medición de las dimensiones del síndrome se realizó utilizando el Maslach Bournout Inventory (MBI); y para la indagación de las condiciones laborales se construyó una ficha sociodemográfica y un cuestionario laboral. Los resultados revelaron la existencia de cansancio emocional medio y baja realización personal. La escala de despersonalización no se analiza debido a su baja confiabilidad. En adición se encontró una correlación negativa significativa entre edad y cansancio emocional; así como la existencia de cinco variables vinculadas a las dificultades laborales en la unidad: ambiente, organización, labor, relaciones

interpersonales y factores personales. El ambiente y la organización fueron las variables a las que se hizo alusión con mayor frecuencia señalándolas como fuentes de dificultad. ⁽⁸⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ESTRÉS

El término estrés es anterior a su uso científico. Ya en el siglo XIV fue utilizado para denotar tensión, dureza, adversidad o aflicción. En el contexto de la física del siglo XXI, se definió en concepto de Load como de una fuerza externa; stress hizo referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza exterior, que tiende a distorsionarlo. En 1936 Hans Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico: lo define como el conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas la amenazas psicológicas); reacción que él llamo Síndrome General de Adaptación ⁽⁹⁾. Desde la perspectiva el estrés es un proceso activo de resistencia a aceptar el cambio del entorno. Esta fue la visión que tuvo el concepto en general en la biología y la medicina; como una reacción activa ante la amenaza a la pérdida del equilibrio o para decirlo de otro modo homeostasis. Desde la perspectiva de la Psicología se empleó con más frecuencia el concepto de ansiedad en lugar de estrés, se consideró a la ansiedad como producto del estrés. Freud le dio un papel central a la ansiedad en la psicopatología, la ansiedad era la señal de peligro para poner en marcha mecanismos de defensa ⁽¹⁰⁾, Según las escuelas conductuales (que se ha visto en 1º año del ciclo de la licenciatura) la ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada que llevaba a la aparición de hábitos inútiles (patológicos) de reducción de la misma. Pero luego de la segunda guerra mundial, el interés por el concepto de estrés, y sobre todo en

relación al rendimiento en combate así como en la detección de vulnerabilidad ante las presiones de la contienda, se vio sumamente incrementado.

Luego de hacer esta reseña nos enfocamos a detallar las definiciones y teorías de dos autores importantes: Selye considerando este el padre del estrés y la Teoría de Lazarus ⁽¹¹⁾, siendo ésta la más contemporánea y la de mayor aplicaciones en diferentes ámbitos referidos al estrés. La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye ⁽¹²⁾. El estrés ha sido entendido:

- Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- Como estímulo, el estrés ha sido estudiado como el estímulo o la situación que provoca un proceso de adaptación en el individuo ya sea por grandes acontecimientos (muerte, separación, despido, acontecimientos catastróficos, etc.); pequeños contratiempos (laborales, relaciones sociales, etc.) o estímulos permanentes (son de menor intensidad, pero de mayor duración como los ruidos, hacinamiento).
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo. Desde esta perspectiva, se considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación.

2.2.2 SINDROME DE BOURNOUT

El Síndrome de BOURNOUT es un síndrome clínico descrito por primera vez por Herbert Freudenberger ⁽¹³⁾, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el Bournout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. Según este autor, el Síndrome de Bournout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con Bournout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su

agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares” ⁽¹⁴⁾. Maslach dio a conocer la palabra Bournout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose” ⁽¹⁵⁾. Por su parte, Edelwich definió el Bournout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo ⁽¹⁶⁾. Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry consideran que el Bournout se deriva del tedio ocupacional y de sus correspondientes consecuencias emocionales debido a características internas del trabajo (ausencia de variedad, de autonomía y significación de éxito) y externas (ambiente de trabajo, relaciones laborales, apoyo) ⁽¹⁷⁾. Por otro lado, Schwartzmann, plantea una definición del Síndrome de Bournout como un trastorno adaptativo crónico asociado a demandas y exigencias laborales, cuyo desarrollo es insidioso y frecuentemente no reconocido por la persona, con sintomatología múltiple,

predominando el agotamiento emocional. Implica una discrepancia entre expectativas e ideales y la realidad laboral percibida, lo que afecta la calidad de vida de las personas que lo sufren ⁽¹⁸⁾.

El Síndrome de Bournout adquirió importancia con los estudios de Maslach y Jackson, que lo definieron como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en situación de necesidad o dependencia, caracterizado por alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal en el trabajo ⁽¹⁹⁾.

- Agotamiento emocional: se entiende, a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos, en un nivel afectivo, esta es una situación de agotamiento de energía o de los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con las personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. ⁽²⁰⁾ En esta etapa, las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se les empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, quejasas e irritables. ⁽²¹⁾

- Despersonalización: se puede entender como una relación interpersonal desprovisto de calor humano. Incluye el desenvolvimiento de actitudes negativas, cínicas y postura deshumanizada frente a las necesidades de las personas a las cuales son prestados servicios y con los propios compañeros de trabajo. Por tratarse de una insensibilidad constante, Benevides-Pereira ⁽²²⁾ relata que en esta fase, el profesional demuestra actitudes defensivas, esto es, defenderse de sentimientos de

agotamiento emocional, cuando atribuyen la culpa de su malestar a los pacientes, evidenciando un sentimiento de fracaso y de incompetencia profesional el que los lleva al agotamiento emocional.

- Baja realización personal: consiste en la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la realización con las personas a las que se atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos, desmotivados en el trabajo e insatisfechos con sus resultados ⁽²³⁾

2.2.3 SINTOMAS ASOCIADOS AL SINDROME DE BOURNOUT

El Síndrome de Bournout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tiene su origen en factores individuales, laborales y sociales, los síntomas según diversos autores (Maslach y Pines, Cherniss y Maslach) revelan que se pueden agruparse en cuatro áreas sintomatológicas ⁽²⁴⁾.

- Psicosomáticos: Algias (dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores musculares en la espalda y cuello, dolores de estómago y dolores de cabeza), neurovegetativos (taquicardias, palpitaciones, dificultades respiratorias, hipertensión, temblor de manos), fenómenos psicosomáticos tipificados (crisis asmáticas, algias, úlceras o desórdenes gastrointestinales, diarrea). Otras manifestaciones son los cataros frecuentes, una mayor frecuencia de infecciones, fatiga crónica, trastornos del sueño, falta de apetito, malestar general y, en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- Conductuales: Ausentismo laboral, deshumanización, menor rendimiento laboral, aumento de la conducta violenta, aumento en las relaciones conflictivas con los compañeros, demoras al llegar a las labores diarias, salir temprano o estar lo más posible fuera del área

laboral, tomar periodos largos de descanso, aumento en el consumo de café, comida, cigarrillos, alcohol, barbitúricos y drogas, conflictos maritales, cambios bruscos de humor, aislamiento, incapacidad para relajarse y compartimientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos), que en conjunto producen disminución en la afectividad y productividad laboral y deterioro de la calidad de vida en general.

- Emocionales: Disforia, distanciamiento afectivo, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, irritabilidad, dificultad para concentrarse, déficit de la memoria, aumento de la susceptibilidad, sentimientos de soledad, ansiedad, sentimientos impotencia o de omnipotencia, dudas acerca de su propia competencia profesional (vivencias de baja realización personal), desmotivación, hastío, baja autoestima, desinterés con posible retirada de la organización.
- Defensivos: Negación de emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos ⁽²⁵⁾. Este conjunto de síntomas puede aparecer de forma progresiva, gran parte de las causa provienen del funcionamiento organizacional y del entorno asistencial, favoreciendo la aparición de dicho síndrome en el personal de enfermería.

2.2.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DEL BOURNOUT

Entre los factores que intervienen en el desarrollo del Síndrome de Bournout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

- Edad: a medida que aumenta la experiencia los sujetos ganan en seguridad y experiencia en el trabajo y por tanto hay menor vulnerabilidad al estrés. Los profesionales jóvenes muestran mayores

índices de Bournout. Cherniss identifica cuatro factores que ayudan a los profesionales jóvenes a desarrollar el síndrome: nobles sentimientos con respecto a los cambios sociales, pocas habilidades y recursos, la formación inadecuada y la falta de conciencia sobre el problema del Bournout ⁽²⁶⁾. En otros estudios Farber, se encuentran índices de Bournout en forma de “U” invertida, es decir, los profesionales más jóvenes no tienen elevados niveles de Bournout cuando llevan un tiempo trabajando es cuando empiezan a producirse el proceso y a partir de los 40 años aproximadamente comienzan a descender los síntomas ⁽²⁷⁾.

- Sexo: Maslach y Jackson han comprobado que las mujeres son más propensas a las dimensiones de agotamiento emocional y reducida realización personal mientras que los hombres lo son en la dimensión de despersonalización. La variable sexo está ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo que predisponen especialmente a la mujer a padecer del Síndrome de Bournout por presentar un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia – trabajo, entre otras, la experiencia de estrés en los trabajadores parece más ligada a los roles sexuales que a las diferencias puramente biológicas. Rout destaca como ejemplo, el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas. ⁽²⁸⁾

- Estado civil: aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que

estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar ⁽²⁹⁾.

- Horario de trabajo: la atención en salud es un servicio que abarca las 24 horas del día y todos los días del año. Para cumplir con este horario, es necesario distribuir la jornada en turnos de mañana, tarde y noche. Tales jornadas de trabajo pueden tener repercusiones sobre la salud de las personas, atribuibles principalmente a tres tipos de factores la modificación de los ritmos circadianos, la alteración del sueño y las repercusiones sobre la vida familiar y social ⁽³⁰⁾.

- Antigüedad: en la literatura no existe acuerdo en la relación entre el Bournout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en el personal sanitario. Algunos autores han encontrado que el Síndrome de Bournout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas ⁽³¹⁾.

Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional ⁽³²⁾.

2.2.5 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BOURNOUT

El estrés en el personal de enfermería está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales, inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, trato directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

- Individual: características personales, sentimientos altruistas e idealistas acentuados al abordar la profesión, que lo llevan a implicarse excesivamente en los problemas de sus usuarios. Esto conlleva a que se sientan culpables en los fallos, tanto propios como ajenos, lo que provoca una disminución de su realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional.
- Relaciones Interpersonales: relaciones interpersonales tensas, conflictivas y prolongadas con usuarios, compañeros de igual o diferente categoría, falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores y la administración de la organización, excesiva identificación del profesional con el usuario y con las actitudes y sentimientos de los colegas.
- Social: el surgimiento de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones debido al rápido progreso de la tecnología, cambios en los

programas de formación de los profesionales, en los perfiles demográficos de la población, que requiere un ajuste del rol profesional y, aumento de la demanda en los servicios de salud por la población.

- Organizacional: la profesión de enfermería se desenvuelve en organizaciones con un esquema burocrático profesionalizado, que derivan problemas de coordinación entre los miembros, de libertad de acción, incompetencia de los profesionales, incorporación de innovaciones, y respuestas disfuncionales, por parte de la dirección, a los problemas organizacionales. ⁽³³⁾

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SINDROME DE BURNOUT

- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasidiada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud. Como trabajador y productor el médico se convirtió en mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecida y asediada por la sombra de la mala praxis
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos

2.2.6 CALIDAD

El diccionario de la Real Academia Española define el vocablo Calidad como: "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor". ⁽³⁴⁾ Según lo que plantean la norma ISO 9000:2000, Calidad: "Es el grado en el que un conjunto de características (rango diferenciador) inherentes cumple con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria)" ⁽³⁵⁾. Y para el Dr. Kaoru Ishikawa, el control de la Calidad involucra el "desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad" ⁽³⁶⁾.

La calidad es un valor organizacional del sistema de salud, en torno a ella se han incorporado varios esfuerzos y estrategias para mantenerla y mejorarla con un nuevo paradigma, en el cual se plantea la evaluación como un acto indispensable para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud, donde la calidad debe ser explícita, siendo posible y fundamental, medir para comparar, aprender y mejorar. La evaluación implica un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería con base en diversos indicadores que permiten medir periódicamente la ejecución de actividades con el fin de adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno. ⁽³⁷⁾

2.2.7 CALIDAD EN LA ATENCION

La necesidad del hombre de mejorar efectivamente la atención de salud ha llevado a la motivación del desarrollo de varias experiencias y prácticas relacionadas con la investigación sobre la calidad en atención de enfermería, ya que históricamente, a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo continuo y permanente ⁽³⁸⁾. Del mismo

modo, la evaluación de la calidad es la comparación de la realidad actual con la visión compartida del centro sanitario. Logrando metas y alcanzando objetivos se va recorriendo el camino entre la realidad y la visión. Un enfoque sistemático para la evaluación se debe a Avedis Donabedian, quien introdujo el triple enfoque en la evaluación de la asistencia sanitaria, y que propuso con fines eminentemente didácticos para la obtención de medidas de la Calidad para la Estructura, el Proceso y el Resultado, obtenido en términos de salud.⁽³⁹⁾

El Doctor Avedis Donabedian, una de las máximas autoridades en el campo de la Salud Pública, define la Calidad de la Atención como aquella que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Este autor describe que los servicios de salud, hay que estudiarlos en tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado⁽⁴⁰⁾.

Sus trabajos en el campo de la Salud Pública son un aporte en el ámbito de la Calidad, representan el punto de inflexión en el desarrollo de una ciencia incipiente. Su dilatada labor en la sistematización de conocimientos dentro de las Ciencias de la Salud, especialmente centrada en la mejora de la calidad asistencial, ha sido reconocida mundialmente y merecedora de múltiples galardones⁽⁴¹⁾. Donabedian define la estructura como la adecuación de facilidades, las calificaciones del personal y los aspectos económicos de la asistencia médica, la esencia de los cuidados y comunicación con otros; el proceso como los aspectos de la asistencia que demuestra que la Medicina sea practicada adecuada y precisamente a través de las normas y acciones que lo definen; y el resultado como las mediciones concretas y precisas de la eficacia a la atención médica: índices de supervivencia, restauración de funciones y demás

que permiten definir el cambio esperado en el estado de salud del paciente y su entorno ⁽⁴²⁾.

2.2.8 MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DE AVEDIS DONABEDIAN

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio. ⁽⁴³⁾.

A continuación se describen sus componentes:

a) Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

b) Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

c) Los indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos (2) dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. ⁽⁴⁴⁾

Finalmente, para este modelo, la calidad del servicio está basada fuertemente en un enfoque técnico médico, lo cual deriva que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, quedándose corta para medir la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

2.2.9 TEORICA ENFERMERA FLORENCE NIGHTINGALE

Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: “Que hay cinco puntos

esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

2.2.10 TEORICA ENFERMERA, HILDEGARD PEPLAU “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”.

Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal .Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros

del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificarlos problemas.

En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema. La explotación” de la relación se refiere a tratar de aprovechar esta el máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

SÍNDROME DE BOURNOUT:

Es la respuesta expresada que el personal de enfermería acerca de las manifestaciones de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, el cual se obtuvo mediante la escala de Maslach y se valoró en alto, medio y bajo. (45) (47) (48) (49) *Ibíd.* (14). Pg.8

ENFERMERA:

Es la persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país. El profesional de enfermería posee instrucción y formación exigidas oficialmente y está legalmente autorizada para ello. La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se presentan a las personas de todas las edades, familiar, grupos y comunidades, enfermos o sanos. ⁽⁴⁶⁾

AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

Consiste por la pérdida progresiva de energía y el desgaste físico y se expresa como: cansancio al final de la jornada de trabajo, y se manifiesta: fatiga en las mañanas cuando va a trabajar, trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, sensación de sentirse "quemado" por el trabajo, sentirse frustrado en el trabajo, trabajar demasiado, trabajar directamente con las personas produce estrés, sentirse acabado, entre otros. ⁽⁴⁷⁾

FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL:

Consiste en evaluar el trabajo personal de forma negativa. Este síndrome se evidencia por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático y emocional, y se refiere; comprender como se sienten los compañeros de trabajo, tratar eficazmente los problemas de sus compañeros, influir positivamente con su trabajo en la vida de las personas, sentirse muy activo, crear fácilmente un ambiente tranquilo, sentirse estimulado después de trabajar con sus compañeros, conseguir cosas satisfactorias y logros con su profesión, trato los problemas emocionales con mucha tranquilidad y calma. ⁽⁴⁸⁾

DESPERSONALIZACIÓN:

Consiste en el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, respuestas frías e impersonales hacia las personas (alumnos, compañeros de trabajo), y se expresa: tratar algunos compañeros como si fueran objetos impersonales, volverse más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión, preocupación de que el trabajo me endurezca emocionalmente, preocuparse de lo que ocurre a mis compañeros, culpase de algunos problemas ajenos, entre otros. ⁽⁴⁹⁾

2.4 HIPOTESIS

Hp. Existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

Ho. No existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

SINDROME DE BOURNOUT:

Es un trastorno adaptativo crónico que aparece en el individuo como respuesta ante el estrés laboral crónico, también llamado “Síndrome de estar quemado”, “Síndrome de estrés laboral”, “Síndrome del desgaste profesional”.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN:

La Calidad de la atención asistencial presenta dos dimensiones: La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico y de las disciplinas relacionadas para resolver los problemas de salud de los pacientes; y la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de salud y el usuario al momento de proveer la atención.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

SINDROME DE BOURNOUT:

Es un trastorno adaptativo crónico que aparece en las enfermeras como respuesta ante el estrés laboral crónico según las dimensiones

de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN:

La Calidad de la atención asistencial presenta dos dimensiones: La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento de las enfermeras del policlínico Sagrada Familia en San Juan de Miraflores para resolver los problemas de salud de los pacientes; y la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el la enfermera y el usuario al momento de proveer la atención.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
<p><u>Independiente</u> Síndrome de Bournout</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional. • Despersonalización. • Falta de realización personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio emocional • Agotamiento físico • Sentimientos y actitudes negativas en el trabajo. • Incumplimiento del rol como enfermera.
<p><u>Dependiente</u> Calidad en la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica • Interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de las enfermeras al realizar sus funciones en las distintas disciplinas del policlínico. • Entendimiento con el paciente, empatía, etc.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo cuantitativo y nivel descriptivo – correlacional. Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación corresponde determinar la relación entre el síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el policlínico sagrada familia, san juan de Miraflores - 2015. Correlacional porque pretenden determinar la relación de las variables en la investigación.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El trabajo de investigación se realizara en el policlínico Sagrada Familia ubicado en Felipe Alva y Alva s/n, San Juan de Miraflores. Que fue creado en 1989, en el mes de marzo.

A diario se atiende en promedio 100 personas que acuden a diferentes especialidades como: Medicina general, pediatría, ginecología, dermatología, gastroenterología, crecimiento y desarrollo, otorrinolaringología, obstetricia, podología, cardiovascular, cardiología, medicina interna, cirugía general, cardiovascular traumatología y neumología, etc.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 37 enfermeras que laboran en el policlínico sagrada familia, la segunda población está conformada por 100 pacientes que acuden al policlínico sagrada familia, el muestreo es no probabilístico y por conveniencia se realiza en dos cuestionarios y se aplica a toda la población.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para este proyecto de investigación se emplea la encuesta como técnica de estudio y el instrumento será el cuestionario, el cual consta de 22 ítems y 12 preguntas, adaptadas a la población con el fin de determinar la relación entre el síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera según las dimensiones de agotamiento mental, despersonalización, falta de realización personal, técnica e interpersonal.

Las preguntas serán estructuradas de manera que permitan analizar la relación entre dimensiones, el primer grupo de preguntas relaciona el agotamiento mental con la técnica empleada por la enfermera, el segundo grupo relaciona la despersonalización y la dimensión interpersonal, el tercer grupo determina la falta de desarrollo personal.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por juicio de expertos, donde 04 profesionales de la especialidad evaluaron y dieron sus recomendaciones para la elaboración del cuestionario, en el cual se aplicó la escala de Likert modificada, que miden comunicación, actitudes u trato; la validez y la confiabilidad estadística del instrumento, se denominaron utilizando el coeficiente de correlación R de Pearson y el coeficiente de confiabilidad de alfa Cronbach.

|

Validación de cuestionario de síndrome de MASLACH BOURNOUT INVENTORY (MBI).

El cuestionario de Maslach Bourrnout Inventory, fue diseñado por Maslach y Jackson en el año 1981, es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras Sub escala y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

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

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

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

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó permiso al Director del Policlínico Sagrada Familia en San Juan de Miraflores en Lima, para proceder con la investigación mediante una carta de presentación de la máxima autoridad de la escuela de enfermería, luego coordinar la fecha y hora de la aplicación del instrumento empleando entre 20 a 30 minutos.

Los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación de acuerdo a las respuestas que brinden las enfermeras y los pacientes. Los puntajes obtenidos se contabilizarán, en la hoja codificada de Microsoft Excel.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

SÍNDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL POLICLÍNICO SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2015.

Calidad de la Atención	Síndrome de Burnout							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	1	2%	5	14%	4	11%	10	27%
Medio	2	4%	15	41%	2	6%	19	51%
Bajo	6	18%	1	2%	1	2%	8	22%
Total	9	24%	21	57%	7	19%	37	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, las enfermeras con Síndrome de Burnout de Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 41%(15), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 18%(6) y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un 11%(4). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables.

TABLA 2

SÍNDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL POLICLÍNICO SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2015, SEGÚN LAS DIMENSIONES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y TÉCNICA.

Calidad de la atención	Síndrome de Burnout-Agotamiento emocional							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	4%	6	16%	5	15%	13	35%
Medio	2	5%	14	39%	1	2%	17	46%
Bajo	5	15%	1	2%	1	2%	7	19%
Total	9	24%	21	57%	7	19%	37	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión agotamiento emocional con Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 39%(14), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 15%(6) y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un 15%(5). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables.

TABLA 3

SÍNDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL POLICLÍNICO SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2015, SEGÚN LAS DIMENSIONES DE DESPERSONALIZACIÓN E INTERPERSONAL.

Despersonalización	Síndrome de Burnout							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	1	2%	6	18%	1	2%	8	22%
Medio	2	4%	12	32%	5	15%	19	51%
Bajo	6	18%	3	7%	1	2%	10	27%
Total	9	24%	21	57%	7	19%	37	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión despersonalización con Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 32%(12), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 18%(6). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables.

TABLA 4

SÍNDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL POLICLÍNICO SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2015, SEGÚN LAS DIMENSIONES DE FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL.

Falta de realización personal	Síndrome de Burnout							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	6%	2	4%	2	6%	6	16%
Medio	2	4%	15	41%	3	9%	20	54%
Bajo	5	14%	4	12%	2	4%	11	30%
Total	9	24%	21	57%	7	19%	37	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión Falta de realización personal con un nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 41%(15), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 14%(5). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Ha. Existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

Ho. No existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 2: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Síndrome de Burnout	Calidad de la atención
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	1	-,873**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	37	37
Calidad de la atención	Correlación de Pearson	-,873**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	37	37

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 2, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,903, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y actitudes de los estudiantes frente al VIH/SIDA con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Las enfermeras con Síndrome de Burnout de Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 41%(15), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 18%(6) y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un 11%(4). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables. Coincidiendo con CHACÓN y GRAU (2013), se pudo apreciar que la mayoría (44 %) puntuaba en la categoría de "moderado". El 66 % de éstos estaba moderadamente afectado en la dimensión de despersonalización. De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación se concluye que: Los resultados obtenidos en Cuba no se apartan de los encontrados en la literatura internacional, la despersonalización es considerada convencionalmente como la dimensión clave del síndrome. Coincidiendo además con AYALA 2011 Resultados. Del 100% (93), 13% (12) tiene alto, 68% (63) medio y 19% (18) bajo. En agotamiento emocional, del 100% (39) técnico en enfermería 58% (23) tienen medio, 21% (8) alto y 21% (8) bajo, las enfermeras (os) del 100% (54), 55% (30) medio, 19% (10) alto y 26% (14) bajo. En la despersonalización, el personal técnico 44% (17) tiene medio, 18% (7) alto y 38% (15) bajo, las enfermeras (os) 59% (32) tiene medio, 15% (8) alto y 26% (14) bajo. En realización personal, el técnico en enfermería 46% (18) es medio, 23% (9) bajo y 31% (12) alto y en las enfermeras (os) 61% (33) tienen medio, 17% (9) bajo y 22% (12) alto. Acerca de los servicios críticos en Sala de Operaciones del 100% (23) del personal, 74% (17) tienen medio, 9% (2) alto y 17% (4) bajo, en la Unidad de Terapia Intensiva del 100% (21), 62% (13) tienen medio, 19% (4) alto y 19% (4) bajo, y en Emergencia del 100% (24), 58% (14) tienen medio, 21% (5) alto y 21% (5) bajo. Conclusiones. El Síndrome de Bournout en la mayoría del personal de enfermería de los servicios críticos es

I

medio a alto, de igual modo en la dimensión agotamiento emocional y despersonalización referido a que se sienten cansadas (os) al final de la jornada de trabajo, no les importa lo que les ocurra a los pacientes, creen que están trabajando demasiado, trabajar todo el día con pacientes implica un gran esfuerzo de su parte y trabajar directamente con personas le produce estrés, mientras que en la dimensión realización personal de la mayoría es medio a bajo y en cuanto a los servicios críticos el mayor porcentaje del personal de enfermería es medio a alto en los servicios de Emergencia, Sala de Operaciones y Unidad Terapia Intensiva.

OBJETIVO ESPEIFICO 1

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión agotamiento emocional con Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 39%(14), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 15%(6) y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un 15%(5). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables. Coincidiendo con CAMPERO y GONZÁLEZ 2012, Conclusiones: Las áreas de cuidados intensivos son espacios donde se requiere personal de enfermería calificado para el manejo de pacientes críticos, por la gran responsabilidad que asumen. Frente a esta situación el personal de salud está expuesto a distintas situaciones de estrés. Los factores de riesgo que pueden causar estrés están relacionados con el grado de responsabilidad del profesional de la salud, sobrecarga de trabajo, el contacto con la muerte, el sufrimiento, el conflicto y la ambigüedad de roles, problemas de interrelación con el equipo multidisciplinario etc. Todo ello afecta en la calidad de vida del personal de enfermería y su entorno, así también como en el desempeño laboral disminuyendo la calidad de los cuidados. Todas estas características pueden impedir el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad. Al inicio de este trabajo nos

preguntamos si los enfermeros de la terapia intensiva manifiestan estrés laboral y cuáles son los factores estresores que prevalecen. Con los resultados obtenidos se dio respuesta al planteamiento del problema y a los objetivos que dieron origen a este trabajo de investigación; ya que comprobamos que sí manifiestan estrés e identificamos los factores que favorecen la aparición del mismo. Luego del análisis de los datos encontramos que del total de los encuestados solo el 30% manifiesta no auto percibir estrés laboral, mientras que el resto si lo ha percibido frecuentemente o muy frecuentemente. Como ya hemos mencionado, la sobrecarga laboral produce desgaste físico y mental, e impide al profesional hacer frente y cumplir con “todas” las actividades laborales que se le presentan a diario. La sobrecarga de trabajo es otro factor estresor importante para los enfermeros de terapia intensiva, ya que el trabajo realizado arroja que solo el 11% de los encuestados manifiestan no tener este factor estresor. La mala distribución del personal, referido por los encuestados corresponde al 93% de disconformidad, también tiene un papel importante en la sobrecarga de trabajo. Una administración adecuada del equipo de trabajo podría ser la solución a esta ineficiencia. Tomando medidas correctivas y con la participación del equipo de enfermería para cambios favorables del servicio con igualdad hacia todo el personal, el objetivo es mejorar la calidad de atención. Creemos entonces que estamos en condiciones de decir que los enfermeros del servicio de unidad de terapia de intensiva pediátrica del Hospital Dr. Humberto. J. Notti si manifiestan estrés laboral porque están expuestos en forma permanente a factores estresores. Coincidiendo además con CACERES, TAVERA 2013. En el presente estudio se tuvo como objetivo explorar la existencia del síndrome de Bournout materializado en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; así como explorar las condiciones laborales en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional Materno Infantil. La muestra no probabilística se conformó de 17 enfermeras y 11 técnicas de enfermería (N=28), en su mayoría casadas con hijos laborando un promedio de 10

|

años en el hospital. La medición de las dimensiones del síndrome se realizó utilizando el Maslach Bournout Inventory (MBI); y para la indagación de las condiciones laborales se construyó una ficha sociodemográfica y un cuestionario laboral. Los resultados revelaron la existencia de cansancio emocional medio y baja realización personal. La escala de despersonalización no se analiza debido a su baja confiabilidad. En adición se encontró una correlación negativa significativa entre edad y cansancio emocional; así como la existencia de cinco variables vinculadas a las dificultades laborales en la unidad: ambiente, organización, labor, relaciones interpersonales y factores personales. El ambiente y la organización fueron las variables a las que se hizo alusión con mayor frecuencia señalándolas como fuentes de dificultad.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión despersonalización con Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 32%(12), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 18%(6). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables. Coincidiendo con FLORES, GENARO, CRUZ, VEGA y DEL CARMEN 2013, Los resultados obtenidos evidenciaron altas tasas de estrés percibido, así como la presencia de Bournout o síndrome de “quemarse” por el trabajo. También se encontraron repercusiones en la salud física y psicológica de los profesionales. Los análisis de varianza pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en función de variables como la categoría profesional y los años de antigüedad en la profesión. Asimismo, los análisis de regresión confirmaron que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de Bournout. Los resultados justifican la necesidad de intervenir con estos profesionales para mejorar tanto su salud como la calidad de los servicios ofrecidos.

OBJETIVO ESPEIFICO 3

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión Falta de realización personal con un nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un 41%(15), Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo en un 14%(5). Estos resultados nos indican que existe una relación indirecta y significativa entre ambas variables. Coincidiendo con GAMONAL, GARCÍA y SILVA. 2008. Resultados: el 78,1% presentó tendencia a síndrome de Bournout predominando el nivel bajo en todas las dimensiones: despersonalización 80,0%, cansancio emocional 66,7% y realización personal 65,7%. Todas las enfermeras presentaron baja realización personal, sin embargo, las de Sala de operación y Emergencia presentaron también cansancio emocional en nivel medio (30,4% y 33,9% respectivamente). Conclusión: elevada tendencia a presentar Síndrome de Bournout con una baja realización personal en todas las áreas críticas, especialmente en Sala de operación.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las enfermeras con Síndrome de Burnout de Nivel Medio también realizan la calidad de la atención en un nivel Medio en un porcentaje mayor- Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto en un porcentaje bajo. Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables. Confirmado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de (-0,873) y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

SEGUNDO

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión agotamiento emocional con Nivel Medio realizan la calidad de la atención también en un nivel Medio, Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo y las enfermeras de nivel Bajo del Síndrome de Burnout realizan calidad de atención alto. Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables.

TERCERO

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión despersonalización con Nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio, Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo. Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables.

CUARTO

Las enfermeras con Síndrome de Burnout en la dimensión Falta de realización personal con un nivel Medio realizan la calidad de la atención en un nivel Medio,

|

Las enfermeras que cuentan con nivel Alto del Síndrome de Burnout realizan una calidad de atención Bajo. Estos resultados nos indican que existe una relación entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

Convocar a un equipo multidisciplinario (profesionales de la salud: asistencial, investigación, docencia y otros), a fin de plantear estrategias conjuntas, de detección e intervención oportuna utilizando terapias de afrontamiento al estrés extremo y evitar su prevalencia en la actualidad.

Crear programas, que ayuden a los profesionales de enfermería a conservar un buen estado de salud física y emocional (talleres artísticos: danza y talleres deportivos: vóley, básquet, etc)

Promover la participación de una Oficina de Salud Ocupacional, para que en conjunto planteen programas, talleres sobre satisfacción laboral y/o el síndrome de Burnout en las enfermeras, donde se vea la participación y voluntad de información del Personal de Enfermería.

Plantear estrategias de intervención por parte del servicio de Enfermería fomentándose a nivel organizacional e interpersonal, a fin de mejorar la satisfacción laboral u otros factores en el área laboral.

Realizar programas sobre evaluación del desempeño laboral que permita la eficiencia de sus decisiones y cuidados durante su labor.

Recomendar, que exista un reconocimiento laboral dentro de cada servicio de enfermería, en el cual se les puedan otorgar premios por hacer mejor su trabajo,

Coordinar evaluaciones psicológicas, promover paseos excursiones

Coordinar evaluaciones de salud mental cada 6 meses o anualmente, al personal de cada servicio.

Reducir los factores estresantes asociados al ámbito laboral, a través de la empatía y la comprensión entre los distintos individuos, que facilite la adaptación de las demandas de trabajo a las capacidades individuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Murray CJL, López AD. The Global Burden of Diseases. WHO. 1990 -2020. Nature America Inc. 1998; (11):1241-43.

(2) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Eurofound, Publications Office of the European Union; 2012.

(3) CHACÓN ROGER Margarita, GRAU ABALO Jorge, Realizaron un estudio sobre “Bournout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos”, en Cuba el 2013.

(4) CAMPERO DE MONTIS Lourdes, GONZÁLEZ ROSA Jacqueline, Realizaron la investigación titulada “Estrés laboral en el personal de enfermería de alto riesgo” en Argentina, el 2012.

(5) FLORES Noelia, GENARO Cristina J, CRUZ Maribel, VEGA Vanessa, DEL CARMEN PÉREZ María, Realizaron la investigación titulada “Síndrome de BOURNOUT y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios” en México el 2013.

(6) GAMONAL MOSAURIETA Yessenia Lizeth, GARCÍA VARGAS Carmen Del Milagro, SILVA MATHEWS Zulema Inés. Realizaron la investigación titulada “Síndrome de BOURNOUT en el Profesional de Enfermería que labora en áreas críticas” en Lima el 2008.

(7) AYALA CÁRDENAS Elizabeth, Realizo la investigación titulada “Síndrome de BOURNOUT en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011.

(8) CACERES PAREDES Cristina, TAVERA PALOMINO Mariela del Pilar, Realizaron la investigación titulada “Bournout y condiciones laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales, en Lima el 2013.

(9) Dr. Eduardo Slipak. ALCMEON 3:355-360.”Historia y Concepto del Estrés-1º parte” .Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiatría 1991.

(10) Dr. George Boere. Teorías de la Personalidad “de Sigmund Freud .Traducción al castellano por Rafael Goutier 1998.

11) Lazarus, R. Estrés y procesos cognitivos”. Editorial Martínez Roca, Barcelona 1986.

(12) Dr. Jorge Di Dorio. Director y Fundador de ANDROCLÍNICA. Hans Seyle y la “Reacción General de Alarma”. Página Web de Androclínica, octubre 2005. (1956).

(13) Freudenberger H. Staff BOURNOUT. Journal of Social Issues. 1974; 30:159-165.

(14) Cáceres G. Prevalencia del síndrome de BOURNOUT en personal Sanitario Militar [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, 2006.

(15) Guillén C, Gil R. Psicología del trabajo para relaciones laborales. España: Mc Graw Hill; 2000.

(16) Edelwich J, Brodsky A. BOURNOUT: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press; 1980.

17) Pines A, Aronson E, Kafry D. BOURNOUT: from tedium to personal growth. New york: Free Press; 1981.

(18) Pines A, Aronson E, Kafry D. BOURNOUT: from tedium to personal growth. New york: Free Press; 1981.

(19) Maslach C, Jackson SE. Maslach Bournout inventory. 2nd ed. Palo Alto, Cal. Consulting Psychologist, 1981.

(20) Flores JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona. Edika Med, 1994.

(21) Carlson NR. Fundamentos de psicología. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1996.

(22) Benevides-Pereira AMT. BOURNOUT: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

(23) Achkar TCS. Síndrome de BOURNOUT: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006.

(24) Martell J, Gómez S. El síndrome de Bournout en docentes universitarios. El caso del área de ciencias sociales de la UAZ. XII Jornadas de Investigación, Rev Investigación Científica. ISSN. 2008 May-Ago; 4(2):1870-8196.

(25) Ortega M, Ortiz G, Coronel P. BOURNOUT en Médicos y Enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Psicología y Salud. 2007 Ene-Jun; 17(1):5-16.

- (26) Cherniss C. Professional Bournout in human service organizations. New York: Praeger, 1980.
- (27) Alarcón J, Vaz F, Guisado J. Análisis del síndrome de BOURNOUT: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Psiquiatría Fac. Med Barna*. 2001; 28(6):358-381.
- (28) Párraga J. Eficiencia de un programa I.R.I.S para reducir el Síndrome de BOURNOUT y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis Doctoral]. Universidad de Extremadura, 2005.
- (29) Atance J. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de BOURNOUT en el Personal Sanitario. *Salud Pública*. 1997; 71(3):293-303.
- (30) Arias F, Barboza N, Blanco J, Fajardo E, Rivera R, Rodríguez S, et al. Síndrome del Desgaste Profesional o de BOURNOUT en el personal de enfermería. *Revista Semestral*. 2007 Oct 2007- Mar 2008; 13(5).
- (31) Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med*. 1997; 45(12):1781-1788.
- (32) Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I et al. Apoyo social, características socio demográficas y Bournout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm. Clín*. 2004; 14(5):281-285.
- (33) Ourcilleón A, Abarca C, Puentes V, Rodríguez P. BOURNOUT en Profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos. *Rev. Chilena de Medicina Intensiva*. 2007; 22(2):83-92.

(34) Diccionario “Real Academia Española”. 22ª ed. Calidad. [En línea]. Disponible: 47 48 http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=calidad 22 ed. [Junio 2008].

(35) Gómez, P., Olivares, E. 2006. Proyecto: Calidad de Atención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria. Estudio de caso sobre Competencias y Buenas Prácticas de Atención Comunitaria de Enfermería a Personas Sujetas a Violencia Familiar. [En línea]. Disponible: <http://www.opsoms.org/spanish/ad/ge/consultorio-enfermeria-saludmental-march06.pdf> [Abril 2008].

(36). Otero, J. El Dr. Kaoru Ishikawa: Padre de la Calidad. [En línea]. Disponible: <http://www.gerenciasalud.com/art53.htm> [Mayo 2008].

(37) Secretaria de Salud, Subsecretaria de Innovación y Calidad. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México 2001.

(38) Martínez, J.H. 1998. Sistema de Auditoria Médica Hospitalaria. 1998. Rev. Cubana Adm. Salud. 14(1): 55 – 72.

(39) Iñiguez, A. 2005. Estructura, Proceso y Resultado. [En línea]. Disponible: http://www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re1.htm [Abril 2008].

(40) Silva, G., Galicia, P. La Calidad de la Atención Interpersonal de Enfermería. [En línea]. Disponible: http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_17.pdf [Mayo 2008].

(41) Jamanca, M., Morales, M. 2006. Calidad de Atención en Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. De Cs. de la Salud. 2:1.

|

(42) Gómez, F. 1993. Calidad Total. Sánchez, R. Calidad de Atención De Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Venezuela. 2^a ed. Cap. 2: 183 – 208.

(43) Modelo de calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian, Por Maritza Torres.

(44) DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.

(45) (47) (48) (49) *Ibíd.* Pg.8

(46) Consejo Internacional de Enfermeras. Artículo 6 (2001) Definición de Enfermeras a efectos de la afiliación. Ginebra: 2001.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACION ENTRE SINDROME DE BOURNOUT Y CALIDAD EN LA ATENCION DE LA ENFERMERA EN EL POLICLINICO SAGRADA FAMILIA, SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2015.

BACHILLER: HURTADO ROJAS, Giannina Deidis

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>La enfermera sobre lleva a lo largo de su carrera diversas situaciones, como el bajo reconocimiento social, trabajo bajo presión de tiempo, falta de autonomía, incorporación de nuevas tecnologías, relaciones conflictivas entre el equipo de trabajo, contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, sobrecarga laboral, turnos rotativos, alto índice de contratación temporal, etc.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.</p>	<p>HIPOTESIS</p> <p>Hp. Existe relación entre síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.</p> <p>Ho. No existe relación entre</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Síndrome de Bournout</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Calidad en la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional. • Despersonalización. • Falta de realización personal. • Técnica. • Interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio emocional • Agotamiento físico • Sentimientos y actitudes negativas en el trabajo. • Incumplimiento del rol como enfermera. • Conocimiento de las enfermeras al realizar sus funciones en las distintas disciplinas del 	<p>La investigación es de tipo cuantitativo y nivel descriptivo – correlacional. Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación corresponde determinar la relación entre las actitudes e inicio sexual precoz. Correlacional porque pretenden</p>

<p>Todos estos escenarios han sido identificados como antecedentes del Síndrome de Bournout.</p> <p>Por lo mencionado anteriormente, el presente proyecto de investigación determinara la relación existente entre el síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia en el Distrito de San Juan de Miraflores – 2015</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015, según las dimensiones de agotamiento emocional y técnica.</p> <p>Identificar la relación que existe entre Síndrome de</p>	<p>síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015.</p>			<p>policlínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Entendimiento con el paciente, empatía, etc. 	<p>determinar la relación de las variables en la investigación.</p>
---	---	--	--	--	--	---

	<p>Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores – 2015, según las dimensiones de despersonalización e interpersonal.</p> <p>Identificar la relación que existe entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia, San Juan de Miraflores –</p>					
--	---	--	--	--	--	--

I

	2015, según las dimensiones de falta de realización personal.					
--	---	--	--	--	--	--

**ANEXO 2:
CUESTIONARIO N.- 1**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

CUESTIONARIO A ENFERMERAS

Buenos días, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado “Relación entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia de San Juan de Miraflores - 2015. En el cual participará respondiendo el siguiente cuestionario.

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea detenidamente cada enunciado marcando con un aspa las respuestas, se le pide que responda con veracidad y precisión, agradeciéndole anticipadamente su valiosa sinceridad y participación.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Edad:
- 1.2. Tiempo como enfermera:
- 1.3. Modalidad de contrato:
- 1.4. Estudios adicionales realizados:

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL:		
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Siento que puedo atender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras	

	Personas a través de mi trabajo.	
	DESPERSONALIZACIÓN:	
10	Siento que me hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
REALIZACIÓN PERSONAL:		
15	Siento que realmente no me importa lo que ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis Pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

CUESTIONARIO N.- 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO A PACIENTES

Buenos días, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado “Relación entre Síndrome de Bournout y calidad en la atención de la enfermera en el Policlínico Sagrada Familia de San Juan de Miraflores - 2015. En el cual participará respondiendo el siguiente cuestionario.

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea detenidamente cada enunciado marcando con un aspa las respuestas, se le pide que responda con veracidad y precisión, agradeciéndole anticipadamente su valiosa sinceridad y participación.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Edad:
- 1.2. Servicio atendido:

Cuestionario de preguntas			
		SI	NO
1	¿La enfermera/o que le atendió se dirigió ante Usted por su nombre y apellido?		
2	¿La enfermera/o que le atendió respetó sus creencias en relación a la enfermedad?		
3	¿La enfermera/o le brindó la atención considerando la privacidad adecuada?		
4	¿La enfermera/o durante la atención mostró en todo momento amabilidad, calidez y respeto en el trato?		
5	¿Usted considera que el procedimiento realizado por la enfermera/o de turno fue hecho con destreza? (hacer las cosas bien).		
6	¿La enfermera/o que le atendió le explicó de manera clara el tratamiento y/o procedimiento que se le realizaron?		
7	¿La enfermera/o que le atendió, conversó con Usted sobre dudas que tenga de su enfermedad y otros temas de su interés?		
8			

	¿La enfermera/o que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?		
9	¿Se siente Usted satisfecho con la atención que le brindó la enfermera/o?		
10	¿La enfermera/o que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?		
11	¿El ambiente físico del consultorio se encontró limpio con mobiliario adecuado y es de su agrado?		
12	¿La enfermera/o que le atendió le brindó confianza para expresar su problema?		