



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

TESIS

**EL ESTRÉS EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL
DE LA CIUDAD DE LIMA, 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

ALUMNA:

MIRIAM LETICIA MARTINEZ ALARCON

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A mis padres, por sus enseñanzas de superación constante, a lo largo de mis estudios. Así como a mi esposo e hijos por su apoyo incondicional emocional y estímulo.

Agradecimiento

A mis profesores quien ha permitido mi formación profesional brindando sus valiosos conocimientos, a lo largo de mis estudios.

A todas las personas que han contribuido en la realización de este trabajo.

Reconocimiento:

A mi Universidad ALAS PERUANAS, por brindarme la Oportunidad de desarrollar en la investigación del presente trabajo.

Resumen

La investigación del estrés ha crecido en las últimas décadas, así como su inversión en formas de poder disminuir el estrés. Así mismo, existe un derivado del estrés que solo se manifiesta en personas que trabajan directamente con otras personas, como son el personal de salud, las personas que están en ventas, los abogados, entre otras profesiones, el tipo de estrés que se resalta en ellas, es el burnout, funciona igual como el estrés, pero tiene daños extras, como despersonalización y lastima fuertemente las emocionales.

El objetivo de este trabajo es diferenciar el burnout del personal de salud, según el área de trabajo al cual pertenecen, su profesión y a su sexo. Para ello, se analizan las dimensiones del burnout, y se someten a test estadísticos, para ver si hay diferencias significativas, según las categorías antes mencionadas. Como resultado, se observa que no existe diferencias significativas, según el área de salud que pertenecen, ni por la profesión, sin embargo, se observa que el sexo si es un factor de riesgo, siendo los hombres más afectados por el burnout que las mujeres. Concluyendo que se debe realizar mayor investigación en otros Hospitales y Centros de Salud para ver si en el ambiente nacional en verdad no existe diferencias, según el área de pertenencia.

Palabras claves: Desgaste, Fatiga operacional, Adaptativa, Estresores, Estado de alerta, Crisis, Agotamiento.

Abstract

The research of the stress has grown up in the past decades, so the inversion looking to diminish the stress. Likewise, exists a derivative of stress that only suffer people that work with other people, like health personnel, sales jobs, the lawyers and other jobs more. The kind of stress is the burnout and work just like the stress, but has collateral damage, as depersonalization and weak the emotions.

The main of this paper is differentiate the burnout of health personnel, according to the work area who they belong, their profession and their sex. For that, it analyzes the burnout dimension and it puts through a statistical test to observe if there is a significate difference, according to the categories mentioned. As a result, it observes that there are not any difference, according to work area, neither the profession, but in the sex, it observes that sex is significate, being the men more affect that woman, so it can see that be a man is a risk factor when a person suffers from burnout. Concluding, that must be carrying out more research in others Hospital and Health Centers to see if in the national environment really does not exist difference, according to work area.

Keywords: Wear, Operational fatigue, Adaptive, Stressors, Alertness, Crisis, and Exhaustion.

INTRODUCCION

El presente estudio tiene como objetivo principal observar si existe una diferencia del burnout en el personal de salud, según el área de trabajo al cual pertenecen de un hospital del estado. Este objetivo como tal, es importante en sector nacional, ya que existen pocas investigaciones que se han realizado internacionalmente, pero con resultados que indican que un área de trabajo puede ser más perjudicial que otro en el sector salud, por lo tanto es importante realizar dichos estudios en el ambiente nacional; lo cual indica que esta investigación se considera pionera, y se espera no ser la última investigación que busque evidencias de que un área puede ser más perjudicial que otro.

Este trabajo se desarrolla en cinco capítulos, los cuales están ordenados de acuerdo al índice, que se basa en el plan de desarrollo de investigación propuesta por nuestra casa de estudios, la Universidad Alas Peruanas.

En el capítulo uno, se plantea el estudio, como el problema central del estudio, los motivos de porque se deciden realizar, la motivación de ejecutarlo, la justificación y los límites que el estudio presentó durante su ejecución.

En el capítulo dos, se define la variable de estudios que son el estrés y su derivado, que es el burnout en múltiples aspectos; el histórico, las descripciones clínica, psiquiátrica y neurológica, los modelos explicativos psicológicos y biológicos, la diferencia entre estrés laboral y el burnout, así como sus definiciones. Además, se presentan investigaciones nacionales e internacionales que haya estudiado el constructo con muestras distintas al del presente estudio, así como muestras similares, también, se incluyen la definición de los términos básicos.

En el capítulo tres, se señala la formulación de las hipótesis, la general y las específicas, así mismo, se presenta las variables a controlar y la definición operacional, para entender mejor que las dimensiones de las variables se estudiará.

En el capítulo cuatro, se presenta el método, donde se menciona el tipo de investigación, las características de la población a estudiar y como se determinó la muestra, el instrumento a usar, su validez y confiabilidad, las técnicas de procesamiento de información, así como las estadísticas, y los aspectos éticos contemplados.

Finalmente, el capítulo cinco, se presenta los resultados, primero los resultados descriptivos, luego los resultados inferenciales, después se hace la prueba de hipótesis con los resultados inferenciales, siguiendo con la discusión, para finalizar con las conclusiones realizadas de los puntos mencionados anteriormente.

Índice

Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Objetivos de la Investigación.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.5. Limitaciones del estudio.....	6
Capítulo II. Marco Teórico.....	7
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 El Estrés.....	13
2.3 Definición de los términos Básicos.....	38
Capítulo III. Hipótesis y Variable de Investigación.....	39
3.2 Hipótesis de la Investigación.....	40
3.2 Variables Definición conceptual y Operacional.....	41
Capítulo IV. Metodología.....	42
4.1 Diseño Metodológico.....	42
4.2 Diseño Muestral, Matriz de consistencia.....	42
4.3 Técnicas e Instrumento de recolección de datos, validez y confiab...	49
4.4 Técnicas del Procesamiento de la Información.....	51
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la Información.....	51
4.6 Aspectos Éticos contemplados.....	52
Capítulo V. Resultados.....	70
5.1 Análisis Descriptivos.....	70

5.2 Análisis Diferencial.....	71
5.3 Comprobación e Hipótesis.....	73
5.4 Discusión y Conclusiones.....	80
Anexos.....	83
Referencias.....	95
Matriz consistencia.....	103
Tablas.....	53
Figuras	60

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Los hospitales en el Perú, desde que se tiene conocimiento, tienen la percepción que la demanda es mayor a la oferta. Esta percepción se crea por las decenas de personas que esperan ser atendidas debido a un sistema burocrático insuficiente, una descuidada atención al usuario, una infraestructura que no brinda la comodidad para la espera de su atención y ocasionalmente una atención inadecuada del personal de salud al usuario, quien puede llegar a sentirse agredido, insultado o triste.

Por lo tanto, es necesario delinear la paradoja que existe entre lo que es un hospital y el concepto que transmiten los libros de niños o la publicidad que hacen del mismo, donde la atención es rápida, el sistema burocrático eficiente, con un buen trato del personal, buena infraestructura, iluminada y con un personal de salud muy cálido al atenderte. Sin embargo, la realidad nacional difiere de la publicidad, pero no difiere del todo. Estos contrastes se deben a un factor medular, que es el factor inversión, el cual puede ser un factor de riesgo o protector, en este caso cumple un rol de papel de riesgo, intentando ser protector, por qué, por motivos que dependen al gobierno y a otras instituciones.

Al realizar una aproximación a las consecuencias que trae el factor de inversión, se observa que los usuarios confunden los hechos y dirigen la culpa hacia el personal de salud y personal burocrático del Centro de Salud. En consecuencia, el personal se encuentra muy afectado, porque a diferencia del usuario, ellos están laborando en la infraestructura, trabajan con lo que les brinde las instituciones a cargo de la distribución de materiales, sumándose con la sensación que tienen de la percepción de los usuarios, y

sin contar con los sueldos, que a veces no pagan en su momento. Por lo que es común que

Existan reclamos de los trabajadores, huelgas y no atiendan al usuario, quien al estar afectado por este acontecimiento, desarrolla esta percepción errónea del sistema de salud, volviéndose un círculo vicioso entre personal y usuario.

Toda esta situación hace pensar que los responsables de realizar la mejora, no tienen un interés en buscar la solución, por supuesto, la explicación de porqué no se mejora es mucho más complejo que el “interés” en sí mismo. Ya que involucra muchas organizaciones del gobierno, muchas instituciones, diversos fondos, poderes que dan permisos para usar los fondos, leyes que son importantes, la misma directiva de los hospitales y mucho más. La analogía más óptima es el juego de domino, donde una ficha empuja a la otra y así sucesivamente, siendo el problema final, una mala atención y una percepción muy negativa hacia los Centros de Salud.

Teniendo claro, es normal que exista un grupo de la población del personal de salud y burocrático de los Centros de Salud que lucen bien afectados y entran a un proceso de agotamiento físico y mental que pronto repercutirá en su salud. Éste es otro efecto colateral que es exclusivo del personal que labora en estos centros y como se sabe, las instituciones no desarrollan mecanismos que ayuden a mejorar este efecto, porque tampoco hay estudios nacionales que puedan justificarlos en dos dimensiones principalmente; en la población afectada y en los efectos a largo plazo que puede generar estos estados de alerta (estrés), sin embargo hay pequeños estudios que sí demostraron que hay niveles altos en el personal de los hospitales, pero no existe información si hay concientización en la importancia de prevenir o manejar este problema en el personal. Esta investigación que abarca ambos temas, espera ser un

inicio en los trabajos acerca del estrés o síndrome de burnout para las personas que trabajen en lugares con atención al público, como los Hospitales, centros de Salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

Al pensar en el probable tema de investigación, básicamente, se planteó buscar una evidencia en la diferencia del burnout según las áreas de trabajo. Esta idea pareció muy interesante, viable y factible, especialmente por la adquisición de datos. En consecuencia, el problema establecido es confirmar si existe diferencia del burnout, según el tipo de trabajo del personal de salud del hospital, ya que, si fuera cierto, habría como precedente local que un tipo de trabajo en una institución es un indicador predictivo de diferencia de experimentar el burnout. Un concepto importante dentro de la investigación es el estrés, un proceso y respuesta adaptativa que nos impulsa y ayuda a realizar tareas, y deberes, pero a mucho estrés, puede generar daños fisiológicos, y el estrés en Hospitales cambia, ya que el término usado es el síndrome de burnout, el cual afecta a personas que trabajan principalmente interactuando con otras personas. Por lo que, si fuera el caso que ciertos grupos humanos están más estresados que otros grupos humanos del mismo hospital, demandaría un plan que ayude a estos grupos que están más vulnerables, a desactivar el estrés para tener un mejor desenvolvimiento en su trabajo.

Actualmente, existen técnicas para desactivar personas con mucho estrés como la meditación, relajación muscular y respiración profunda, técnicas que demandan que el individuo controle su ritmo respiratorio, su tonalidad muscular y manejen el pensamiento para lograr un tranquilidad mental y física, lo que pudiera brindar bienestar

a personas que están estresadas, estas técnicas brindan una herramienta que el mismo individuo pueda hacerlo en su casa, en un pequeño espacio donde sentirse cómodo e iniciar con la meditación y respiración profunda. Considerando lo anterior señalado, se puede plantear como problema de la investigación la siguiente interrogante:

¿Existen diferencias en las dimensiones del síndrome burnout en el personal del salud de un hospital de la ciudad de lima, 2016?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar si hay diferencia significativa en las dimensiones del síndrome burnout en el personal del salud de un hospital de la ciudad de lima, 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si hay diferencia significativa en las dimensiones del síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según el área de trabajo.
- Determinar si hay diferencia significativa en las dimensiones del síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según sexo.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Se considera que la importancia de la presente investigación es la obtención de información y la respectiva generación de conocimientos, al igual que la probable formulación de futuras interrogantes de investigación. A pesar de no ser exactamente un conocimiento pionero, desarrollará un aporte importante en este tema para generar mayor concientización en áreas que son bien conocidas, pero no se investigan lo

suficiente. Además, la importancia de esta investigación radica en el uso instrumental y preventivo de la evidencia dirigida al personal de salud que puede estar bajo efectos del estrés y así optimizar su trabajo. Este es el motivo por el cual se sugiere realizar estudios con otros grupos para así conseguir resultados que permitan una mayor generalización y continuar con programas que evidencien que se puede manejar el burnout durante el trabajo. Igualmente, se agrega que la importancia es demostrar que existe ciertos trabajos (dependiendo del área o incluso de la hora de atención) puede generar una diferencia significativa entre un grupo humano y el otro, pudiendo ocasionar un malestar en el individuo generalizándose en distintos grupos humanos (de trabajo, familia y/o amigos) por lo que, es necesario iniciar con un primer paso que permita visualizar las diferencias de burnout, según el tipo de trabajo.

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se concluye que el estudio es viable, ya que se tiene los recursos financieros, humanos y materiales que permitirán iniciar y culminar la investigación, porque al realizar la proyección, se observó que el dinero cumple los requisitos y que lo mejor es que no se observa ningún cambio en el presupuesto, ya que la investigación es descriptiva, por lo que no da riesgo que el presupuesto cambie; en el caso del recurso humano, es factible, ya que el profesional estadístico que apoya es una persona comprometida en su trabajo, quién no trasmite ninguna duda que se retirará del estudio hasta completar su labor y los recursos materiales están bien calculados, ya que los recursos financieros son los que proporcionan los recursos materiales, que son más que todos materiales de oficina. Además de eso, también hay los recursos de tiempo y de información, en el caso del tiempo, se refiere a la facilidad que hay para evaluar a la muestra de estudio, ya que el personal a evaluar trabaja en el lugar y la información, hay facilidad de conseguir información en internet, bibliotecas y teísticas.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el presente estudio, se presentaron diversas limitaciones que impusieron a reducir el estudio. Entre ellos tenemos:

- a) Temporal: La investigación fue realizada en tiempo específico, por lo que no permite realizar un seguimiento.
- b) Metodología: El estudio se limita a un descriptivo-comparativo.
- c) Muestral: El estudio solo abarca a tres áreas de trabajo de un solo hospital.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En los antecedentes, tenemos investigaciones que abarcan temas de como el estrés afecta a abogados, a docentes, a estudiantes y personal de salud, sin embargo hay que tener una visión amplia de como este problema está inmerso en las personas que ejercen algún trabajo, especialmente del sector salud, para esta visión, se presenta investigaciones.

INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

Meza (2003), quien estudia el estrés laboral en el personal de enfermería del servicio de Cirugía y Medicina de un Hospital en Costa Rica, la muestra a estudiar estuvo conformada por 46 trabajadoras del servicio. En el estudio, se concluye que la sobrecarga de trabajo y el tiempo extra que las enfermeras trabajan son la principal razón que aumenta los niveles de estrés laboral.

Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, (2004) estudiaron los niveles del estrés en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Para esta investigación, se evaluó a 622 personas, entre enfermeras y personal técnico de enfermería, agrupados en 4 grupos, según el área de trabajo, al cual pertenecen. De los resultados obtenidos, el personal de enfermería está más afectado por el síndrome que los técnicos, y se agrega que el personal que trabaja en oncología y urgencia tiene mayor presencia de agotamiento por estrés.

Por otro lado, Cáceres (2006) realizó un estudio de prevalencia de burnout en 330 militares sanitarios de España, en donde el 59% de la muestra fue diagnosticada con el síndrome, sus factores de riesgo son la antigüedad, siendo menor a 5 años o mayor a 15 la correlación de tener el síndrome.

García (2006), analizó el estrés laboral en el personal de la unidad de emergencia gineco-obstétrica de un hospital en Chile. Su muestra fue conformada por 32 profesionales del área, entre mujeres y varones. Según los resultados, se halló diferencias del estrés laboral, según el sexo, siendo mayores en las mujeres. En el área de insatisfacción laboral, no se halló diferencia alguna.

También, Ortega, Ortiz, y Coronel (2007) identificaron la presencia, el nivel y la distribución de los factores del síndrome de burnout, así como su relación con la personalidad resistente en 119 profesionales de la salud en México. En la investigación, se detectó un grado moderadamente alto de burnout, siendo el personal de enfermería el más afectado. Además, se encontró una correlación negativa y significativa entre el burnout y la personalidad resistente.

Además, Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, y Toobaee (2008) compararon el síndrome de burnout en enfermeros iraníes de distintas áreas de trabajo (cirugía, internado, psiquiatría y sala de quemados). Para el estudio, se evaluó a 180 enfermeros, entre hombres y mujeres, y se detectó lo siguiente, que el grupo que tiene diferencia del resto es el que pertenece a psiquiatría, así mismo, se observó que los enfermeros que están solteros presentan mayor cansancio emocional.

En el extranjero, tenemos diversos resultados, como la investigación de Oramas (2013), quien estudió a 621 docentes de primaria de La Habana y encontró que el 88.24% de los docentes presentan estrés laboral y el 67.5% síndrome de burnout. Índices sumamente altos que indican que existe anormalidad en los docentes.

Por otro lado, Umene-Nakano, Kato, Kikuchi, Tatenno, Fujisawa, Hoshuyuma, y Nakamura (2013) realizaron una encuesta nacional de los psiquiatras en Japón, para identificar la prevalencia del burnout en ellos, para ello se evaluó a 704 psiquiatras, y

los resultados mostraron que el 21% tienen alto nivel de cansancio emocional, el 12% despersonalización y el 72% bajas expectativas laborales.

Finne, Christensen, y Knardahl (2014) estudiaron los factores psicológicos y sociales como predictores de la ansiedad, depresión y distres en Noruega. Para su investigación, trabajaron con 3644 empleados alrededor de dos años, concluyendo que los factores predicen el distres así como problemas potencialmente clínicos.

Golkar, Johansson, Kasahara, Osika, Perski, y Savic (2014) realizaron un estudio comparativo entre 40 sujetos de Suecia que sufren los síntomas del burnout, atribuidos por el estrés ocupacional y 70 sujetos de control, para comprobar si el burnout afecta la percepción de emociones. En su estudio, vieron que la regulación de emociones está disminuida en los sujetos con burnout, por lo que ellos tienen dificultad para expresar y mantener emociones.

INVESTIGACIONES NACIONALES

Olivares, Matta, Choy, Ronquillo, y Maldonado (2006) determinaron la satisfacción laboral del personal docente del departamento académico de la clínica estomatológica de la Facultad de Estomatología de UPCH en un grupo de 36 docentes entre mujeres y varones. En los resultados, se observó que los docentes tienen una buena satisfacción laboral por la institución, pero por la remuneración, el ambiente de trabajo y la satisfacción laboral en general es regular, por lo que manifiestan que sienten regularmente estrés.

Estudios como el de Arauco (2007), quien investigó el nivel del Síndrome de Burnout en sus dimensiones de Agotamiento Emocional, la Despersonalización y Realización Personal. Para esto, se evaluó a 64 enfermeras del área de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, donde, el 20% de las enfermeras presentan altos niveles de estrés y el 50% tiene niveles normales de estrés. Además la mayoría de las enfermeras presentaron un nivel medio de agotamiento emocional y realización personal, y un nivel bajo de despersonalización.

Gamonal, García y Silva (2008) estudiaron la presencia del Síndrome de Burnout 105 enfermeras que laboran en cinco servicios de áreas críticas de un Centro de Salud nivel III de Lima, detectando que el 78.1% presentan una tendencia al Síndrome de Burnout. Sin embargo, las enfermeras de las áreas de sala de Operación y Emergencia presentaron niveles de Burnout.

Continuando en el ámbito nacional presenta la de Valenzuela (2010), investigo los factores de riesgo y el burnout en la Red de Salud de Barranco – Chorrillos y Surco, contando con una muestra de 180 personas, en sus hallazgos, identificó que el 12 % de su muestra tiene una prevalencia del síndrome de Burnout y sus factores de riesgo son la edad de cuarenta uno a cincuenta (41 a 50 años), el estado civil tienen o no pareja, tienen hijos, grado profesional, el tipo de contrato, el tiempo de servicio y el número de trabajo como los que se han presentado anteriormente, se podrá observar estudios que indican los factores que determinan que exista estrés crónico en los trabajadores. Porque, dentro del mismo centro de trabajo, el estrés puede afectar las dimensiones a los empleados, según el área de trabajo.

Gómez, Incio y O'Donnell (2011) compararon los niveles de satisfacción laboral en la banca comercial, donde se aplicó una encuesta a 312 trabajadores, quienes pertenecen a 38 agencias de un banco del Perú. En su estudio, encontraron que el puesto laboral tiene influencia en el grado de satisfacción laboral de los empleados, siendo los gerentes y funcionarios más satisfechos que los de menos jerarquía. También se observó que los trabajadores más jóvenes presentaron menor nivel de satisfacción laboral que los jóvenes, siendo en ambos casos, más propensos al estrés (burnout).

En el aspecto nacional, Díaz (2012) estudió en Chiclayo la posible diferencia en el nivel de satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre el personal de un policlínico y de una comunidad administradora de salud en 92 trabajadores. En la investigación se evidenció que no existe diferencia entre el personal de ambas instituciones. Con lo que respecta las variables a estudiar, se halló niveles regulares de satisfacción laboral y niveles bajos en el síndrome de burnout.

Se agrega la investigación de Reyes (2012), quien trabajó en Piura con una muestra de 100 personas que laboraban en áreas de atención al cliente, caja y ventas. El objetivo fue identificar la correlación entre la autoestima y las dimensiones del síndrome de burnout. Concluyendo que no existe correlación entre las variables y que los niveles de burnout, y autoestima son bajos.

Bedoya-Lau, Matos y Zelaya (2012) estudiaron la relación que existe entre el nivel de estrés, y las manifestaciones psicósomáticas y las estrategias del afrontamiento en 187 estudiantes (mujeres y varones) de medicina de primero, cuarto y séptimo año en Lima. Los resultados fueron que los estudiantes de séptimo año presentan mayor nivel de estrés, y que existe una relación negativa entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés de los estudiantes.

Ayala (2013) evaluó el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central FAP en Lima, su muestra estuvo conformada por 93 profesionales de la salud, entre ellos enfermeros y técnicos en enfermería (mujer y varón). De los resultados obtenidos, se concluye que los niveles de burnout en el personal son medio alto.

Avalos (2013) realizó un estudio para medir la asociación entre Burnout y las relaciones Intrafamiliares de los abogados en Lima, en su resultados observaron que existe una relación negativa entre el Burnout y las relaciones intrafamiliares. Además, ningún abogado tuvo nivel alto de burnout, mientras que el 62.1% tuvo nivel bajo y el restante tuvo un nivel promedio.

Por otro lado, López, García y Pando (2014) midieron el burnout y sus factores de riesgo psicosocial en 339 trabajadores de la población económicamente activa de Lima, de los cuales el 6,22% de la muestra presenta un nivel muy alto de burnout, y el principal factor de riesgo psicosocial son las exigencias laborales.

Por otro lado, Vásquez-Manrique et col. (2014), realizaron un estudio en Lima para detectar la frecuencia de síndrome de Burnout en 54 miembros del personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre los miembros estaban médicos, enfermeras y técnicos en enfermería, de ellos se detectó que el 3,76% tiene el diagnóstico del síndrome de burnout (2 participantes) , sin embargo en las dimensiones del estudio como cansancio emocional, se halló que el 12.97% del personal tiene niveles altos, el 11.12% con síntomas pronunciados de despersonalización y el 14.81% presento una percepción baja en su nivel de realización personal.

Sanchez, Rudi y Sandoval (2015) determinaron la prevalencia de estrés laboral en el personal de asistencia pre hospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias del Instituto de gestión de servicios de salud de Lima, la muestra a estudiar es de 158 personas (entre médicos, enfermeros y pilotos). En los resultados se observa que los tres grupos tienen semejante nivel de estrés laboral, sin embargo, existe diferencia significativa del estrés según los grupos de edad, siendo de 27 a 30 años (los que presentan mayor diferencia), sin embargo, se observó que no existe diferencia según el estado civil del personal.

2.2 EL ESTRÉS

De forma general, el estrés se considera una respuesta adaptativa que se presenta ante estímulos que activan física y psicológicamente. Esta activación puede ser positiva cuando dura poco tiempo y permite superar lo que haya activado al individuo, ya que la activación permite estar más atento, que los músculos se tensionen y aumenta el pulso del individuo, sin embargo, esta activación se vuelve un problema cuando es frecuente y se mantiene estresado aun sin motivo aparente y por tiempos prolongados. Los daños colaterales varían desde psicológicos como falta de atención, irritabilidad, a físicos, como tensión en los músculos sin motivo aparente, alteración de apetito, migraña y debilitamiento del sistema inmune. Como punto aparte, se brindará una introducción histórica del estrés, para observar la evolución que tuvo este diagnóstico desde que fue identificada hasta hoy.

Kaplan y Sadock (2001) recopilaron una valiosa información que permite conocer la historia del estrés. Por ejemplo, una descripción recurrente que aparece en la historia y punto de partida de la observación del estrés es el trauma a la muerte (la

Ilíada, obras de Shakespeare como Macbeth y Hamlet) donde los autores al describir ese trauma, claramente se referían al estrés, en esos casos un episodio de estrés agudo. Sin embargo, la primera aparición clínica fue descrita en la guerra civil Estadounidense por DaCosta, donde los soldados que presenciaron los horrores de la guerra, desarrollaron un síndrome en particular que principalmente se basaba en alteración del sistema cardiovascular, conocido por el nombre del síndrome del corazón irritable. DaCosta (Byrne y Rosenman, 1990) reconoció que el síndrome se presentaba principalmente en soldados, pero también se repetía el diagnóstico en personas sin vida militar, por lo que la vida militar no era un factor exclusivo del síndrome. La sintomatología que reconoció fue palpitación y dolor en el pecho, neurastenia, angustia y que el origen del síndrome era cardiovascular. Se considera a Hans Selye, quien en 1936 (Oblitas y Becoña, 2000), como el descubridor del estrés, ya que fue la primera persona que describió el estrés como un proceso que implica cambios biológicos y químicos que limitan las respuestas psicológicas. Hans Selye (Oblitas, 2010) logró estos descubrimientos al evidenciar que las hormonas y úlceras aumentaban en ratones de laboratorio “estresados”. Por lo que, Selye fue quien propuso que los cambios fisiológicos producidos por un estado prolongado de estrés pueden ser los que originan enfermedades tales como de origen cardíaco, hipertensión arterial, trastornos emocionales y mentales, por lo que, sus ideas fueron adelantadas a su época.

Por otro lado, los psicoanalistas estadounidenses (Byrne y Rosenman, 1990) llamaron al síndrome como neurosis traumática, basado en experiencias traumáticas sexuales que fueron reprimidas en la infancia y que repercute en el adulto. Por lo que, fue concebido como una interferencia (Kardiner, 1941) con un manejo instintivo y los síntomas pudieran ser tomados como la base de la formación regresiva sustituta. Durante la primera y segunda guerra mundial, tanto los combatientes y civiles

sobrevivientes del holocausto y de las bombas de Hiroshima y Nagasaki (Kaplan y Sadock, 2001) presentaron el síndrome del corazón irritable y que la razón de esta enfermedad era por lesiones cerebrales, sin embargo al finalizar la segunda guerra mundial, el nombre se cambió a síndrome de fatiga operacional.

En 1952, el trastorno por estrés debido al combate apareció en el DSM-I (Gálvez, 2005), donde se evidenciaba una reacción neurótica si persistía el estímulo y evolucionaba a una personalidad patológica premórbida (Corales, 2005). En 1968 (Corales, 2005 y Gálvez, 2005) aparece en el DSM-II el síndrome por perturbación situacional transitoria, que definió exclusivamente a experiencias asociadas al trauma con síntomas tales como la ansiedad neurótica y personalidad patológica premórbida, que implicó al estrés como una respuesta transitoria a menos que el individuo tenga ciertas vulnerabilidades. En 1980, el DSM-III presentó el nombre que se usa hasta hoy día, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), donde se incluyó todo tipo de trauma, incluido el de combate, sin embargo, durante esa década hubo una gran demanda de terapeutas para los veteranos de la guerra de Vietnam, ya que se identificaron muchos casos de TEPT, gracias a los veteranos se pudo realizar mucha investigación que permitió entender mejor el trastorno, ya que se identificó el origen de la vulnerabilidad de las personas a tener TEPT, y era eventos traumáticos en la infancia, siendo decisivos en el momento de realizar el tratamiento para superar el TEPT. Para el DSM-III r, se agrupó los síntomas en tres grupos, los síntomas intrusivos, de evitación y reactivación. En 1994, el DSM IV adjuntó un nuevo diagnóstico que fue el Trastorno por Estrés Agudo (TEA), que ocurre entre las primeras 48 horas y las 4 semanas, desapareciendo sin dejar daño aparente, para el DSM IV r, el diagnóstico es idéntico al DSM IV, siendo el concepto que se maneja para identificar el TEPT y el TEA.

Qué es el estrés, el manual de Medicinas alternativas (2014), refiere que es una respuesta adaptativa del individuo ante los estresores. Se entiende que el estrés, como concepto general es una fuerza que provoca tensión en los objetos al punto de deformarlos, y si dirigimos esta definición, las personas que sienten estrés suelen decir que se sienten tensionados, motivo por el cual, la palabra se usa como término clínico. Sin embargo, se debe reconocer el estrés una respuesta habitual, que nos brinda un soporte para enfrentar obstáculos que se presentan en nuestro día a día. Para entender cómo funciona el estrés, se debe definir el proceso en partes:

-El estresor es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo, quien emitirá una respuesta.

-Al producir la respuesta fisiológica o psicológica, se produce la incentivación al responder bien frente al estresor.

-Por lo que, el estrés tiene su origen y consecuencia con la interacción entre el estresor y la respuesta.

Los estímulos estresantes pueden ser de cuatro tipos:

-Psicosociales: Importa mucho la percepción del individuo frente al problema, y lo que haga frente la misma.

-Biogénicos: Importa como el cuerpo biológicamente enfrenta el estresor, desencadenando el estrés en el individuo.

-Internos: Se considera la reacción física, como tensión y contracción muscular, y la reacción cognitiva, como preocupación frente al problema.

-Externos: Son considerados los ruidos, y cualquier sensación externa. Así como percepción cognitiva, que puede ser una burla, un aviso, una amenaza entre otros.

La respuesta del estrés se da de tres formas:

-Fisiológico: Gastritis, úlceras en el estómago e intestino, migraña, infarto del miocardio, tensión muscular, debilidad de sistema inmune.

-Cognitivo: Depresión, falta de atención, irritabilidad, olvidos, ansiedad manifiesta, pensamientos recurrentes negativos, flashbacks e impulsividad.

-Motor: Temblores, tartamudeos, alteración de apetito y del sueño.

Melgosa (2006) define al estrés como alteraciones que provoca en la persona una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas cuando se somete a estímulos demandantes. El estrés tiene dos componentes básicos, los agentes estresantes (que es lo que causa el estrés) y las respuestas al estrés (reacciones del individuo). En todos estos casos, la respuesta y los agentes estresantes son similares y únicos a la vez, es decir, aunque un agente estresante pueda provocar en muchas personas una respuesta estresante, el nivel será diferente y lo mismo se puede aplicar en el agente estresante, no siempre el mismo grado de exposición del agente estresante puede producir la misma respuesta en un individuo. Melgosa explica las fases de estrés:

1. Fase de alarma, es el aviso de un agente estresor, donde las reacciones fisiológicas son las primeras en aparecer, en su papel de advertencia para el individuo, sin embargo, Melgosa afirma que no estamos conscientes del estrés en sí, mientras podamos tolerar de una manera positiva a la misma, por lo que, cuando el estrés supera la barrera de individuo, toma consciencia del agente e ingresa a la fase de alarma. Los eventos de alarma pueden ser;

naturaleza única (una sola fuente de estrés) y naturaleza polimorfa (varias fuentes de estrés).

2. Fase de resistencia, cuando el estrés supera la barrera y entra a la fase de alarma, el individuo busca formas para resistirse ante el estrés, pero no siempre tiene éxito, ya que el estrés genera ansiedad y frustración.
3. Fase de agotamiento, es la última fase del estrés, y se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión. En el caso de la fatiga, es una fatiga mental que no se restaura ni con el sueño, suele ir acompañado con el nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. La ansiedad, es el estado general que tiene la persona, problemas de atención, manos que sudan, dolor de cabeza, pensamientos negativos recurrentes del futuro. La depresión disminuye la motivación, puede haber insomnio, pensamientos pesimistas, desprecio hacia sí mismo.

Yanes (2008) explica que el estrés es un conjunto de respuestas automáticas que el cuerpo produce de forma natural ante situaciones que lo percibe como amenazantes, siendo la reacción inmediata, un estado de alerta. Cuando las situaciones estresantes son cortas e infrecuentes, no generan ningún peligro a la integridad mental del individuo, pero si es lo contrario, el cuerpo entra a una constante sensación de estado de alerta que puede contribuir a generar un daño en el cuerpo y la mente. Este daño se genera por el continuo estado de alerta al que se somete el individuo, y como consecuencia aparece la fatiga y el daño físico (debilidad de sistema inmune por ejemplo). En general, cuando se está frente a una situación estresante, el cerebro se pone en guardia, preparando el cuerpo para defenderse. Por lo que el sistema nervioso entra en acción liberando

hormonas para activar los sentidos, acelera el pulso, varia el ritmo respiratorio y tensa los músculos. Las reacciones suelen dividirse en tres tipos:

- Tensión motora, temblores, sacudida, dolores musculares e inquietud.
- Hiperactividad del sistema autónomo, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración y frialdad en las manos.
- Estado de alerta, afinar la visión y los otros sentidos, capacidad para enfocarse a un solo estímulo o a varios.

Oblitas (2010) explica que el estrés es un problema epidemiológico que está aumentando a pasos agigantados en todas partes del mundo y que se produce por muchos motivos, entre los cuales incluye el trabajo o el sexo de la persona. El estrés tiene varias definiciones que cubren modelos bioquímicos, fisiológicos y psicológicos, los cuales se enfocaron a diversos áreas del estrés, así como modelos actuales que mezclan los modelos, dando una comprensión mucho más completa. Para definir el estrés, se separa entre el distrés, que es el estrés negativo y el eustrés, que es el positivo.

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) comparten una reflexión en referencia al estrés, porque es común que conceptos como la ansiedad y angustia sean confundidas con el estrés, así que aclarando esta necesidad, la distinción más compleja que puede tener frente a la ansiedad y la angustia son los procesos psicobiológicos, ya que ahí se comprueban que dependiendo de lo que individuo siente, el proceso neurobiológico es distinto. Además, otra distinción del estrés es que se diferencia a la ansiedad y angustia, porque se considera como la incapacidad que el individuo frente a las demandas del ambiente, y la ansiedad es una reacción emocional y la angustia, una amenaza a la existencia del individuo.

Modelos psicológicos que explican el estrés

Teoría de los sucesos vitales

Holmes y Rahe en 1967 (Oblitas, 2010) se enfocan en los estímulos ambientales, ya que consideran que son la causa del estrés. Esto se debe, porque observaron los acontecimientos vitales de 5000 pacientes hospitalizados. Sin embargo, antes de estudiar los 5000 pacientes (Holmes y Rahe, 1967), estudiaron a 394 pacientes hospitalizados, fue gracias a estos pacientes que definieron los 43 eventos vitales. Gracias estos hallazgos evidenciaron que los cambios ocurridos en su vida incrementaron la probabilidad de contraer una enfermedad, como por ejemplo; enviudar, ser despedido del trabajo, un grave clima laboral. Los cuales, causan una activación constante de las hormonas y debilita el sistema inmunológico, incrementando la vulnerabilidad a enfermarse. Sin embargo parte de su investigación, demostró que incluso eventos felices que pueden ser estresantes y debilitar el sistema inmunológico si la persona no lo maneja bien. Dentro de los acontecimientos vitales, enumeraron desde los eventos más estresantes hasta los menos, por lo que se puede evidenciar Muerte del cónyuge como el evento estresor más fuerte y la más débil como leves transgresiones a la ley; sin embargo, entre los eventos estresantes, se observa matrimonio, despido de trabajo, embarazo, problemas legales, deudas, fiestas navideñas entre otros.

Por lo que, los autores señalan que:

- La magnitud del cambio vital es alta y está relacionada con la aparición de la enfermedad.
- Cuando mayor es la crisis, mayor probabilidad que aparezca una enfermedad.
- Existe una fuerte correlación entre la magnitud de la crisis y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada.

Teoría de la evaluación cognitiva

Richard S. Lazarus en 1966 (Oblitas, 2010) desarrolla su teoría enfocándose en el individuo como el protagonista activo del proceso ante el estrés. Ya que el estrés se origina en la evaluación cognitiva al intermediar entre sus componentes internos y los provenientes del entorno. Por lo tanto, considera que el estrés es un resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. Por lo que el sujeto evalúa hechos consumados, los anticipa, y se mueve entre la probabilidad de perder y ganar, y para llegar a tales decisiones, hay factores personales que influyen en el proceso de decisión, que son la motivación, el compromiso, creencia, recompensa, entre otros. Así mismo, Lazarus hace un aporte importante ya que describe factores situacionales que están presente frente a un estímulo estresante, como la novedad, la inminencia, la predictibilidad, la duración, la incertidumbre, la ambigüedad y la cronología biográfica (momento de vida del individuo).

Lazarus con ayuda de Folkman (Contrada y Baun, 2011) definieron con mayor precisión la teoría, ya que debían unificar conceptos como la emoción y el estrés, para optimizar el concepto de adaptación y enfrentamiento al estímulo estresor. La primera conclusión que llegó, fue que el estrés y la acción de hacer frente al estímulo estresor están inherentemente relacionados, ya que la respuesta al estrés psicológico, es una función de las circunstancias individuales consideradas en relación a las características personales.

Además, Lazarus y Folkman (Oblitas, 2010), explican que durante la respuesta al estrés psicológico, se da tres tipos de evaluaciones: la primera, la secundaria y la reevaluación.

La evaluación primaria consta de 4 modalidades, y las tres primeras tres permiten definir el tipo de estrés (de amenaza, pérdida o desafío),

-Amenaza: la anticipación de un daño posible.

-Daño/pérdida: son los resultados de esa amenaza.

-Desafío: es la valoración de la situación que hace el sujeto que conlleva resultados inciertos

-Beneficio: es una valoración positiva que no induciría al estrés.

La evaluación secundaria se centra en la valoración que tiene el individuo al enfrentar la situación estresante, si hay eficacia o no. Estos se denominan los recursos de afrontamiento (copying) que incluyen los recursos físicos (salud y energía), los recursos psicológicos (las creencias positivas), las aptitudes (técnicas de resolución de problemas y las habilidades blandas o sociales), las sociales (apoyo social) y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios).

Finalmente, la reevaluación se refiere al feedback que se hace el individuo durante y después del proceso de interacción entre sus mecanismos de defensa y la demanda, por lo que, puede realizar correcciones necesarias para tener una mejor capacidad de enfrentamiento en otra ocasión.

Modelos integradores multimodales

Como se sabe, existen dos modelos que explican desde una perspectiva, cómo funciona el estrés, uno desde un punto de vista exterior y el otro interior. Y ambos modelos no quieren decir que estén equivocados, sin embargo, es importante integrar dichos conceptos para entender mucho mejor cómo funciona el estrés. Por ejemplo un modelo que trabaja muy bien con el estrés es del Sandín planteando en 1995 (Oblitas,

2010). Este modelo abarca siete etapas que comprenden principios empleados en las anteriores teorías, así como otros nuevos,

- 1) Demandas psicosociales que comprenden lo que es el estrés ambiental, netamente exterior.
- 2) Evaluación cognitiva, incluye niveles de evaluación primaria, secundaria y reevaluación.
- 3) Respuesta al estrés, incluye las respuestas fisiológicas (neuroendocrinas y del sistema nervioso autónomo) y las respuestas psicológicas, tanto emocionales, cognitivo y motor.
- 4) Estrategias de afrontamiento (coping), son los esfuerzos físicos y psicológicos que hace el individuo para enfrentar las demandas exteriores e interiores.
- 5) Apoyo social, disponibilidad de lazos afectivos, el apoyo emocional que recibe de su círculo primario de apoyo, el rol de las organizaciones exteriores apoyando al individuo, entre otros.
- 6) Variables de posiciónales, que incluyen los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza, el tipo de crianza, entre otros.
- 7) Estado de salud, los hábitos alimenticios y de ocio del individuo, como cigarro, alcohol, drogas, deporte, entre otros.

Sandín (Belloch, Sandín y Ramos, 2008) realizó una revisión del modelo a partir de nueva investigación, por lo que se actualiza el principio del modelo, es decir, se deslinda la influencia del modelo de Lazarus con su evaluación primaria y secundaria. Siendo el principal eje, la integración entre el tipo de amenaza y las características cognitivas de la demanda psicosocial.

Modelo neuropsicológico del estrés

Teoría fisiológica

Propuesta por Selye entre 1960 y 1975 (Oblitas, 2010), quien es el autor que ha definido el estrés como la respuesta inespecífica del organismo frente a un agente estresor. Cuando el individuo se prepara para responder (luchar o huir), secreta sustancias como la adrenalina (producida por las glándulas suprarrenales, ubicadas por los riñones). Estas sustancias se diseminan en todo el cuerpo, a través de la sangre y es percibida por receptores especiales. En estas circunstancias, el corazón late más rápido y fuerte, aumentando la irrigación, los órganos como riñones e intestinos se contraen para disminuir la pérdida de sangre (en caso de heridas), para dar prioridad a los órganos como el cerebro, corazón, pulmones y músculos. Los sentidos se agudizan y la mente entra en un estado de alerta.

Por lo que Selye (Belloch et col, 2008) considera que cualquier estímulo puede ser un estresor y provoque en el organismo una respuesta inespecífica, que implica del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo, ahora si tal activación persiste, se produce un síndrome del estrés. Sin embargo, Selye dice que el estrés no debe ser evitado, porque estará relacionado a experiencias buenas y malas, y debe haber una capacidad para reconocer dichas sensaciones.

Psicobiología del estrés

El estrés (Pérez, 1998) permite adaptar al organismo frente a las exigencias del mundo exterior. Por lo que, produce una cadena de respuestas fisiológicas, que varían en el tiempo. El sistema límbico es el responsable de adaptar al organismo a la conservación del estado óptimo del medio interno. Como se explicó en la teoría de Selye, se produce un aumento sanguíneo de corticoesteroides, de Adrenalina, de la

actividad tiroidea y de la hormona del crecimiento, además disminuye la insulina y la testosterona.

Primero, el hipotálamo secreta CRH (Corticotropin Releasing Hormon), la hipófisis ACTH y la corteza adrenal corticoesteroides como el cortisol. Por lo que los corticoesteroides preparan para una emergencia:

Aumentando la glucemia; disminuyendo la síntesis de proteínas y aceleran su degradación, a largo plazo produce debilitación muscular y supresión de la respuesta inmunitaria, ya que el tejido requiere proteínas; inhiben la inflamación, ya que eliminan leucocitos, por lo que provoca retención de agua en las membranas; promueven la salida de ácido grasos a la sangre, actuando como fuente de energía y los niveles elevados de cortisol inhiben el crecimiento, por lo que se explica el enanismo psicosocial (estrés excesivo durante el crecimiento).

Además, se incrementan la adrenalina y noradrenalina que se relaciona con las respuestas activas de afrontamiento. Por lo que, se incrementa la alerta cortical, vigilancia y focalización de la atención, provocando el incremento del tono muscular.

Normalmente los efectos mencionados una vez termine el estrés desaparecen, sin embargo, si el estrés se prolonga, el sistema nervioso es muy vulnerable, apareciendo lesiones en órganos relacionados al estrés, originándose el síndrome general de adaptación (se incrementa el estado de alerta, hay resistencia a dejar de estresarse y se presenta el agotamiento, acompañada de una enfermedad grave, del tipo de alteraciones inmunitarias, cardíacas y cancerosas).

También, el estrés afecta el sistema inmunitario (sus células son los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que reconocen y eliminan antígenos). Primero hay que comprender que el sistema inmune tiene relaciones con el sistema nervioso, tienen

fibras que se conectan entre si, por lo que cuando hay lesiones cerebrales en el hipotálamo por ejemplo, disminuye la respuesta inmunitaria. Sin embargo, el estrés (Vidal, 2006) tiene la capacidad de disminuir el nivel de determinados anticuerpos, porque altera a un nivel neuroendocrino, neurotransmisores y hormonas. Sin embargo, como los neurotransmisores y hormonas afectan de forma distinta al sistema inmune, los efectos dependen del individuo. Por ejemplo:

-El sistema nervioso simpático y las catecolaminas, al aumentar el nivel de catecolaminas, aumenta transitoriamente el número de leucocitos sanguíneos o si el aumento es crónico, tiene efectos sobre el número de leucocitos. Sin embargo, el efecto de las catecolaminas sobre la respuesta inmune es diverso (dependen de temas puramente histológicos y otros factores).

-En el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, este grupo de órganos del cerebro libera el CRH (hormona liberadora de la corticotropina), esta hormona normalmente deprime la inmunidad y esto ocurre a través del sistema nervioso simpático. Por lo que, induce inflamación en el cuerpo y afecta a los mastocitos. La corticotropina (ACTH), ejerce efectos variables sobre la inmunidad, disminuyendo el número de células secretoras de anticuerpos. El glucocorticoides, en grandes dosis, son inmunosupresores y antiinflamatorios.

-La hormona de crecimiento dependiendo de cómo el estrés está presente en el individuo actúa, por ejemplo, al inicio del estrés, el nivel de la hormona aumenta, sin embargo, si se mantiene, disminuye. En el caso de las hormonas sexuales, a mayor estrés, la concentración de hormonas disminuye. Los andrógenos disminuyen la inmunidad y los estrógenos tienen efectos diversos.

-La somatostatina se concentra por efecto de la hormona liberadora de corticotropina, siendo un efecto colateral, que disminuye la inmunidad de la célula y repercute en la hormona de crecimiento. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) y la sustancia P tienen efectos opuestos, mientras el VIP tiende a disminuir la inmunidad celular, el P aumenta, ambos repercuten en la inflamación corpórea.

-La acetilcolina y la serotonina activan el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema nervioso simpático. Mientras la acetilcolina tiende a disminuir la respuesta de anticuerpo, la serotonina tiene efectos variables, disminuye o hay ausencia de efecto.

Como se puede ver, el estrés activa demasiados neuroquímicos en el cuerpo, que recorren desde el sistema nervioso central, el sistema nervioso simpático, el sistema inmunológico y el sistema endocrinológico, y como se observa los efectos son diversos, hay una tendencia a disminuir el sistema inmune, sin embargo, también se observa que con poco estrés, es benéfico en el individuo. Oblitas (2010) señala que estudiantes universitarios en épocas de exámenes tienden a tener defensas bajas y que se evidenció que personas con cáncer de piel, de mamá y otros tienen una evolución favorable cuando no están deprimidos, ni estresados, esto lo explica, porque cuando el individuo está muy estresado, sus células asesinas y células T funcionan debajo de la normalidad.

Psicopatología del estrés

Ya se tiene comprobado por la medicina que diversas enfermedades son producto del estrés (Oblitas, 2010), desde los trabajos pioneros de Selye. En psiquiatría, se considera que el estrés puede generar cualquier tipo de manifestación psicopatológica, dependiendo de la personalidad, alguna patología previa, tendencia a

alguna enfermedad mental, mecanismos de defensa, y el origen del estrés también puede ser múltiple y variado.

El estrés, como es tan diverso y único a la vez, dependiendo el individuo, puede producir ciertas afecciones y se dividen en 6 categorías,

-Efectos subjetivos, como la ansiedad, angustia, irritabilidad, apatía, agresión, entre otros.

-Efectos conductuales, dependencia al alcohol y/o drogas, impulsividad, entre otros.

-Efectos cognitivos, bloqueo mental, flashbacks, dificultad en concentrarse en diversas tareas, en tomar decisiones y más.

-Efectos fisiológicos, aumentan los niveles de la glucosa, presión sanguínea, desorden hormonal y más.

-Efectos sobre la salud, como insomnio, desordenes psicossomáticos, como alimenticios, trastornos cardiovasculares, entre otros.

-Efectos en el ámbito social, como el en trabajo, con los amigos y familiares, afectando la calidad de relaciones interpersonales, la productividad baja, hay mayor ausentismo y no hay motivación para realizar proyectos.

Trabajando con estas seis categorías, se entiende al estrés como un problema variado y diverso, sin embargo, cuando el estrés está demasiado tiempo presente en el individuo, se necesita clasificar el posible diagnóstico de estrés en dos categorías: las enfermedades por estrés agudo y por estrés crónico.

Enfermedades por estrés agudo

Esta categoría se origina cuando el individuo se expone ante una breve e intensa situación de estrés, puede ser un accidente, la muerte de alguien, una catástrofe natural, guerra, entre otros. Aparecen de forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente son reversibles. Los diagnósticos que puede surgir son: trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés post-traumático, ataque de pánico, fobias, trastorno del estado del ánimo (como depresión mayor) y trastornos psicosomáticos, como úlceras, cefaleas, contracturas musculares y más síntomas posibles.

Como se explicó anteriormente (Sierra et col., 2003), el estrés es un estado que activa el cuerpo y la mente, siendo independiente de otras percepciones como la ansiedad, angustia y el ataque de pánico, sin embargo, es normal que un estado prolongado de estrés, provoqué ansiedad, angustia o pánico en el individuo. Por lo tanto, de los diagnósticos que pueden surgir por estrés agudo, se abarcará el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés post traumáticos y el ataque de pánico.

En el trastorno por estrés agudo o TEA (Oblitas, 2010), el individuo re experimenta un acontecimiento grave y traumático que vivió con anterioridad, respondiendo con ansiedad, miedo, desesperación bloqueo de pensamiento, entre otros. Los síntomas más comunes son aislamiento, embotamiento de las emociones, desrealización y despersonalización, y amnesia disociativa. Este diagnóstico debe durar aproximadamente entre dos a cuatro semanas, y si no se trata, es muy probable que diagnóstico se vuelva un trastorno por estrés post-traumático (TEPT). En el TEPT, es normal que los individuos tengan recuerdos persistentes y pensamientos cargados de emociones negativas, como se vio

líneas anteriores, fue gracias al TEPT, que se inició los estudios en el estrés, ya que se tenía la creencia que era una enfermedad que solo afectaba a los soldados. Así como en el TEA, las personas vivieron un evento traumático, los individuos con TEPT reviven los momentos traumáticos en sus pesadillas y las emociones negativas están presentes durante el día, manifestándose a través de ansiedad. Por lo que, es común que los individuos se sientan irritables, se vuelvan más agresivos, tengan problemas al dormir, por lo que, es común sentirse siempre ansioso. Para ser diagnosticado, los síntomas deben estar por lo menos más de un mes en el paciente, deteriorando su círculo familiar, de amistad, trabajo y social.

Finalmente, el Trastorno por ataque de pánico (TAP) se caracteriza por ser una aparición súbita de terror en el individuo, que se manifiesta a través de ansiedad excesiva, dolores en el pecho, dolor de cabeza, mareos, falta de aire o sensación de sufrir un ataque al corazón, su duración es de aproximadamente dos minutos hasta diez minutos, ataque de pánico es recurrente durante el TEA y el TEPT.

Patologías por estrés crónico

Como se explicó anteriormente, el estrés tiene un efecto en el sistema inmunológico y da cabida a que se desarrollen enfermedades. El tiempo estimado que el estrés debe estar en el cuerpo para que tenga un efecto negativo, no solo en la salud mental, si no en la salud en general es de meses a años (Oblitas, 2010), dando oportunidad que enfermedades de mayor gravedad puedan desarrollarse sin problemas en el huésped. Las enfermedades más comunes a desarrollar son la: gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión trastornos sexuales, infarto, hipertensión arterial, trombosis cerebral,

entre los daños psicológicos, disfunción familiar y laboral. Es necesario resaltar que existe una relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares, como la hipertensión arterial, la patología coronaria, la arritmia y la muerte súbita. También, las relaciones sexuales y la función reproductora, ya que el constante estado de alerta afecta el sistema hormonal, disminuyendo los niveles de sangre en la hormona de la testosterona. Una investigación dirigida por Non, Rimm, Kawachi, Rewak, y Kubzansky (2014) observaron que el estrés crónico en el trabajo o incluso en la casa puede estar relacionado con la desregulación de la inflamación y la función endotelial, contribuidores del desarrollo de enfermedades cardiovasculares

Estrés laboral y Burnout

Burnout

Cuando se habla del estrés en el trabajo, es necesario revisar el síndrome de burnout. Este síndrome, que en español significa quemado, es la definición que abarca todo lo relacionado con el estrés y el entorno laboral que se caracteriza con la atención directa a personas que la necesiten. También, se le conoce como fatiga crónica o agotamiento por trabajo, ya que la fatiga y/o agotamiento es el síntoma más común que presenta la persona que es diagnosticada con el síndrome. Llana (2009) por su parte menciona que es difícil dar una definición exacta por los múltiples conceptos que hay, sin embargo el concepto más factible es que se desarrolla en los profesionales que tienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, en una relación de ayuda o servicio, ya que genera una relación, donde el personal conoce muchos aspectos de la vida de los beneficiarios. Sin embargo, Galán y Camacho (2012) comentan que puede confundirse con la depresión, ya que el trabajador depresivo solo cumple las obligaciones del día con apatía y desgano, siendo estos síntomas los mismo

que se presentan con un trabajador “quemado”, pero mientras el trabajador depresivo puede estar deprimido por múltiples razones, el trabajador quemado se activa ante una sobre exigencia que hace para atender las necesidades de otros, sin ver las suyas.

Harrison en 1999 (El-Sahili, 2010) explica que el estrés solo se convierte en burnout cuando las características crónica y no resultas del ambiente laboral tienen un significado o una falta de sentido para el trabajador. Es decir, es necesario que dicho estrés tenga un motivo que desafíe las creencias del trabajador para que desemboque en burnout, lo que se conoce como “el vacío existencial”.

Históricamente, el concepto de Burnout fue acuñado por el Freudenberger aproximadamente en 1970 (Gazcón, Olmedo y Giccotelli, 2000), cuando observó a voluntarios de una clínica de desintoxicación estar agotados física y mentalmente. Luego, Freudenberger se percató que este fenómeno se daba en los voluntarios por el contexto, por lo que decidió estudiar en otros contextos donde el trabajador tenga contacto con beneficiarios (Wessells, Kutscher, Seeland, Selder, Cherico, y Clark, 1989) como por ejemplo en empresas que ofrecen servicios de educación e identificó el mismo fenómeno de agotamiento físico y mental, llamándolo “burnout organizacional” y mientras iban avanzando los años, Freudenberger identificó este fenómeno en dentistas, curas, profesores, jueces, farmacéuticos, policías, psicoterapeutas y controladores aéreos. Gracias a estas observaciones, se tiene una gran comprensión de lo qué es el burnout actualmente y de la repercusión que tiene sobre la salud mental y física de los trabajadores, especialmente lo que trabajan constantemente con otras personas.

Proceso del síndrome de Burnout

Para entender el proceso del Burnout, se debe repasar modelos desarrollados por diferentes autores, el primero fue Golembiewski (Llaneza, 2009), quien en 1988, precisa que el primer síntoma es la despersonalización, en el rol de mecanismo de defensa frente al estrés, luego empiezan a tener sensaciones negativas con respecto a su trabajo y finalmente viene el agotamiento emocional. Por otro lado Leiter y Maslach en 1999 propusieron un modelo distinto, donde los estresores laborales originan agotamiento emocional, luego se da la despersonalización hacia las personas que atiende, para finalmente responder con una sensación de baja realización personal.

Sin embargo, Contel et col. en 2003 (El-Sahili, 2010) establecen dos fases de desarrollo del síndrome, la primera es leve, iniciando con una sensación de angustia, dificultad para desconectarse del ámbito laboral, con ideas de culpa por utilizar el tiempo libre, problemas de concentración, cansancio, irritabilidad, dolor de cabeza, insomnio y falta de atención a tu círculo familiar y social. La segunda fase es el agravamiento del anterior, donde hay un descenso en la productividad, sentimiento de frustración, bloqueo mental, apatía, pesimismo y suspicacia. Luego, es común que el colaborador se vuelva adicto al trabajo, acompañado de despersonalización y pérdida de interés por tu círculo familiar, laboral y social.

Síntomas de Burnout

Los síntomas que se describen a continuación son generales, ya que cada persona tiene un perfil único para hacer frente al burnout (El Sahili, 2011). Sin embargo se puede agrupar en tres grandes características:

1. Deterioro de compromiso con el trabajo, el trabajador siente que el trabajo se vuelve como algo desagradable.
2. Desgaste de las emociones, los sentimientos positivos desaparecen y son reemplazados con la ira, ansiedad y depresión.
3. Desajuste entre la persona y el trabajo, las personas suelen creer que el motivo por el cual se encuentran así es solo por su culpa y de nadie más.

Estrés laboral

Teniendo la explicación clara del Burnout, hay mayor facilidad para realizar la delimitación con el estrés laboral, para eso Otero-López (2015) explica que el estrés laboral es entendido como factores exclusivos del trabajo que resultan una amenaza para el trabajador, provocando una respuesta adaptativa de desajustes físicos y psicológicos en el mismo. Para Fernández (2010), el estrés laboral se define como la reacción física y emocional negativa que se genera cuando las exigencias del trabajo no se igualan a las capacidades, y lo que puede causarlas son; el exceso y falta de trabajo, ausencia de una descripción clara del trabajo, falta de reconocimiento del rendimiento laboral, no tener oportunidad de quejarse, responsabilidad múltiple o poca capacidad de tomar decisiones, falta de cooperación, inseguridad en el empleo, verse expuesto a prejuicios, posibilidad de que un pequeño error tenga consecuencias desastrosas, entre otros. Por lo tanto, el estrés laboral es un desequilibrio entre la demanda y la capacidad de respuesta del trabajador, siempre que el fracaso tenga consecuencias negativas. Crandall y Perrewé (1995) explican la importancia de estudiar al estrés laboral desde la perspectiva de transacción entre la persona y el ambiente de trabajo. Para esto, se usa el término “appraisal”, basado en la teoría relacional cognitiva motivacional, entre las demandas del ambiente, la restricción, los recursos y la habilidad de la persona para

administrarlos, donde el appraisal es la evaluación que el individuo tiene en el manejo de estrés. Para esto, existen dos básicos principios de appraisal, el primero trata si hay o no una estaca personal en el encuentro estresante, el segundo concierne con la habilidad de hacer frente al daño o al desafío

La tarea del “appraisal” es de integrar ambos principios para forzar una acción en cada transacción de adaptación. Por lo que está presente en cada tarea que el individuo tenga, la forma de analizar este proceso, permite entender las reacciones emocionales del sujeto. Para comprender mejor al estrés laboral, Dolan, García y Díez en el 2005 (Otero-López, 2015) proponen que el estrés laboral puede ser entendido de dos definiciones.

1). La perspectiva individual, donde los estresores están en el ambiente laboral, los mediadores de estrés, son las características y circunstancias individuales, así como el apoyo social. Finalmente, la respuesta individual del estrés, que involucra los desajustes físicos, psicosocial y conductual.

2) La perspectiva organizacional, donde el proceso es idéntico a la perspectiva individual, pero la respuesta individual no es el final, si no es el impacto organizacional que produce la experiencia por la que pasa el individuo durante su episodio de estrés laboral corto o prolongado.

Teniendo en cuenta las dos perspectivas de cómo afecta el estrés laboral al individuo y a las organizaciones, hay que delimitar el daño que se produce en el ámbito personal, que se divide en dos ramas, las consecuencias para la salud física (como cefaleas, problemas gastrointestinales, desajustes en el ciclo sueño-vigilia, problemas dermatológicos, úlceras, enfermedades coronarias, impotencia, diabetes y más) y las consecuencias para la salud mental (como la irritabilidad, el agotamiento emocional, el olvido, dificultad

para concentrarte, posponer muchos planes, desconfianza, debilidad y no tener ganas de trabajar).

En el caso de los efectos organizaciones, se puede medir en función de la disminución de la producción, falta de cooperación con sus compañeros, aumento de peticiones de cambio de trabajo, necesidad de supervisar al trabajador seguido, se ausenta más, mayores incidentes laborales y frecuentes visitas al médico.

Además, Holt en 1993 (Otero-López, 2015) propone medir al estrés laboral en función al nivel de gravedad y los divide entre malestar/tensión y enfermedad. Por lo que, la categoría malestar/tensión abarca las consecuencias fisiológicas (aumento de presión sanguínea, alteración en el funcionamiento intestinal, pulmonar y cardiovascular), psicológicas, y el comportamiento social. En la categoría de enfermedad, se incluye la patología de mayor gravedad de las consecuencias fisiológicas, psicológicas y comportamental social explicado en la categoría malestar/tensión. Antes de llegar a esta conclusión en 1982 (Crandall y Perrewé, 1995) tuvo que dividir su investigación en varias variables (estímulos estresantes) como sobrecarga del trabajo, mala administración de las relaciones de trabajo, monotonía, falta de control en el trabajo y muchas más (en total 57 variables), y paralelamente identificó 55 variables de respuestas. Además, Holt (Drikell and Salas, 1996) definió y agrupo lo que se serían las cinco categorías del efecto en el estrés ocupacional. Los dividió entre efectos fisiológicos, características individuales, situacionales, organizacionales y sociológicas.

Sin embargo, existen modelos explicativos del estrés laboral (Otero-López, 2015), de los cuales se abarcarán dos de ellos, el primer modelo es de French y Kahn, quienes lo plantearon en 1962 y el segundo es de Harrison 1978.

El modelo de French y Kahn (Otero-López, 2015), llamado como el modelo socio ambiental, este modelo considera elementos tales como las características del contexto del trabajo (A), la experiencia subjetiva del trabajador (B), de sus respuestas (C) y los efectos a largo plazo sobre la salud física y mental (D). Las conexiones del punto A y B explican la relación que existe entre el contexto físico y social del trabajo, así como la percepción del sujeto acerca de ese contexto. Las de B y C son referencias a las relaciones del entorno percibido y las respuestas que se emite. Las de C-D indican que los efectos de esas respuestas son una disminución de salud. Además, el modelo considera dos puntos, como las características estables del sujeto (variables sociodemográficas o personalidad) y relaciones interpersonales que tiene el mismo. Este modelo se basó en las ideas de Kurt Lewin (G. Antoniou y Cooper, 2005, y Neff, 2009), quien es considerado el padre de la psicología experimental social, propuesto en el año 1951, quien observó que las características de las personas interactúan con el estresores ambientales y estos determinan cuanta tensión es experimentada por el individuo, por lo que, Lewin creía que la conducta social podía describir en términos de la interacción entre las necesidades del sujeto y los caminos en los cuales los ambientes sociales ayudan o frustran esas necesidades. Cabe mencionar que el modelo es uno de los más aceptados, especialmente por su análisis de las características del trabajo y la relación que tiene el individuo con la demanda del trabajo.

El siguiente modelo es el propuesto por Harrison en 1978 (Otero-López, 2015), llamado como el modelo de ajuste entre individuo y ambiente laboral. Por lo que el estrés se produce por el desajuste del individuo entre las demandas del entorno y los recursos que tiene para hacer frente a la demanda. Por lo que los

elementos principales de este modelo son; el ambiente objetivo, el ambiente subjetivo, la persona objetiva y la persona percibida. Sin embargo, existen cuatro elementos más, dos se refieren al grado de la percepción subjetiva con respecto al mundo objetivo, lo que es conocido como el contacto con la realidad, también está la exactitud de la autoevaluación, de la veracidad de cómo se percibe. Los dos elementos restantes se refieren al grado de ajuste objetivo y subjetivo de la persona y el entorno. Llaneza (2009) agrega que la falta de ajuste entre una persona y el entorno puede conducir a diversos tipos de respuesta en los sujetos, a nivel psicológico puede inducir a una insatisfacción laboral, ansiedad, insomnio, quejas de dolor, entre otros, en el aspecto fisiológico afecta la presión sanguínea, el colesterol aumenta y al nivel comportamental social, se adquiere hábitos como fumar y tomar alcohol con más frecuencia, así como visitas más frecuentes al médico.

Finalmente, se debe delimitar las diferencias entre el estrés laboral y el burnout, El Sahili (2010) nos brinda una idea para comprender mejor la diferencia. El burnout es un efecto del estrés crónico prolongado y se da en trabajos que tienen un contacto personal, por lo que, el profesional además de brindar su conocimiento y experiencia, tiene que transmitir confianza y obediencia (un gasto de energía mental extra). Por lo que, si no es tratado, es normal establecer una frustración. Por lo que, es predecible la presencia del agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y descaro hacia las personas con quienes trabajas, además sentimientos de incompetencia, deterioro de la autoestima, no querer estar en el trabajo, irritabilidad, ansiedad y tristeza.

2.3 DEFINICIÓN EN TÉRMINOS BÁSICOS

Según la Real Academia Española (2001), la definición de las palabras principales son las siguientes:

Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Hospital: Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practica la investigación y la docencia.

Muestra: Parte de la población en la que se mide las características estudiadas el número de Individuo de la muestra, tamaño de la muestra.

Muestreo: Procedimiento por medio del cual se estudia una parte.

Síndrome: Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal del salud de un hospital de la ciudad de lima, 2016.

H0: No existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal del salud de un hospital de la ciudad de lima, 2016.

3.1.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS

H1: Existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según el área de trabajo.

H0: No existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según el área de trabajo.

H2: Existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según sexo.

H0: No existen diferencias significativas entre los niveles de síndrome burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de lima según sexo.

3.2 VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

La variable a trabajar es:

-El burnout.

Las variables a controlar son:

-Tiempo de trabajo en el área (no menor de tres meses).

-Espacio y tiempo de la evaluación (brindar el mejor momento y lugar para evaluar).

Definición Operacional:

Tabla N°1

<i>Variables a controlar, Dimensione e Indicadores</i>		
<i>Variab</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
	Cansancio Emocional	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
	Despersonalización	Valora el grado en que una persona reconoce sus actitudes de frialdad y distanciamiento.
Nivel del Burnout	Realización Personal	Valor los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La clasificación del presente estudio corresponde al tipo básica (Sánchez y Reyes, 2006), pues busca aumentar el conocimiento sobre el estrés, así como conocer las posibles diferencias de su presencia en distintos grupos de personas, pero con profesiones fundamentalmente similares, que son el personal de salud de un Hospital, y así aportar a sus posibles aplicaciones prácticas y contribuir en un análisis teórico de la misma.

4.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación (Sánchez y Reyes, 2006) es un diseño descriptivo de corte transversal, ya que, en un primer momento se determinan las diferencias entre el estrés y los tipos de trabajos; luego, en un segundo momento, se realizan las diferencias que aluden a las hipótesis específicas.

4.2 DISEÑO MUESTRAL, MATRIZ DE CONSISTENCIA

4.2.1 POBLACIÓN

Son los profesionales de salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” con categoría III-1; siendo un total de 1480. Es un Hospital reconocido a nivel Nacional reconocido por su atención en la salud sexual, reproductiva en la mujer, así como la atención en el feto, neonato, niño, adolescente es por ello que ha alcanzado un estándar Nacional en atención en sus servicios especializados con calidad y eficiencia, promoviendo activamente en los planes y programas nacionales, con ello en las acciones de proyección social

a la comunidad siendo reconocido altamente calificados que le permiten ser el líder de los Hospitales, (alta complejidad) del tercer nivel de atención que brinda atención especializada para la salud de madre, del niño y el adolescente, ubicado en el distrito de Cercado de la ciudad de Lima. Entre los profesionales, hay médicos, enfermeras, psicólogos, técnicos en enfermería, dentistas, tecnólogos médicos, entre otros, quienes según su especialidad, pertenecen a diferentes áreas de trabajos, y trabajan en turnos rotativos, mientras que el personal administrativo trabaja en turnos fijos.

4.2.2 MUESTRA

Para escoger la muestra a trabajar, se utilizó la técnica del muestreo por conglomerado de múltiples etapas (Ángel, 2007), donde habiendo ya grupos de trabajos formados por sus respectivos médicos, enfermeros, técnicos u otro personal, se elegirá 3 grupos de forma aleatoria, con el apoyo de un marco Muestral (Anexo 3), siendo las áreas de Anestesiología (14 profesionales), Emergencia (33 profesionales) y Ginecología (47 profesionales); siendo un total de 94 profesionales los que se analizan en la muestra.

Tabla N°2

Departamentos Muestreo

ÁREA DE TRABAJO	CANTIDAD
ANESTESIOLOGIA	14
EMERGENCIA	33
GINECOLOGIA	47
TOTAL	94

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

4.3.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se usará para realizar la investigación, es recolección de datos es por encuesta que evaluaran el nivel de estrés, y un cuestionario para conocer la información básica de los participantes, como:

- Área de trabajo que pertenece.
- Tiempo que está trabajando en el centro.
- Profesión.
- Años de experiencia de trabajo.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.

4.3.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El inventario a usar es el MBI. Una prueba que evalúa el grado de burnout en adultos. La prueba se aplica de forma individual o colectiva, y tiene, aproximadamente, un mínimo de duración de 15 minutos, sin tener límite máximo de tiempo.

El inventario está compuesto por 22 preguntas, con 5 alternativas que van desde la puntuación 1 a 5. Donde la 1 significa “Nunca”, 2 “Algunas veces al año”, 3 “Algunas veces al mes”, 4 “Algunas veces a la semana” y 5 “Diariamente”. Las preguntas miden de manera cuantitativa ordinal áreas como

el Cansancio Emocional (9 ítems, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), Despersonalización (5 ítems, 5, 10, 11, 15 y 22) y Realización Personal (8 ítems, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

4.3.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El estudio peruano realizado por Avalos (2013) en una muestra de abogados del centro de Emergencia de la Mujer en Lima nos brinda un buen nivel de confiabilidad (un alfa de Cronbach de=0.868) y, a través del estadístico total-elemento, se observa que hay validez, ya que existe homogeneidad entre el total y los ítems.

Además, para el presente estudio, se realiza un procedimiento de validación y confiabilidad, para ello, se sometió a una prueba piloto al personal de salud del hospital:

Para empezar, se seleccionó al azar 30 trabajadores del hospital que querían saber sus niveles de burnout, sin tomar en cuenta los criterios de selección que se usó en el personal evaluado para la presentación de resultados. Se escogen 30, porque, al hacer una evaluación de confiabilidad y validez, se recomienda que el número de participantes sea mayor al número de ítems del instrumento

Una vez evaluado, se codificó cada sujeto de la evaluación y se insertó los puntajes por cada ítem, para realizar los siguientes análisis, empezando con validez y luego con confiabilidad.

Validez

Como el instrumento anteriormente fue validado por una tesis peruana (estudio realizado por Avalos en 2013), para la presente investigación se realizó una validez predictiva para el instrumento, que se caracteriza por tener una escala policotómica (son varios puntajes).

Para el cálculo de la validez predictiva, se realizó la técnica de discriminación de ítems, el cual consiste en correlacionar el total de los puntajes de cada ítem con el puntaje total del instrumento, al comparar las correlaciones, se observó que la menor correlación fue de **0.454** y la mayor de **0.887**, además que todas son significativas. Lo cual brinda un gran soporte con respecto a la correlación.

Una vez, que se evidenció que existe una buena correlación entre la suma de cada ítem y con el total, se realiza la Validez a través de Análisis Factorial. Esto se debe, porque se desea extraer los factores principales del instrumento, siendo el número tentativo de factores principales a hallar tres, ya que son tres dimensiones que el instrumento del Burnout evalúa. Con las cargas halladas, además de indicar el número de factores que se desea confirmar, explicarían que estos factores están midiendo lo que se quiere medir, que están sirviendo para el fin que fueron diseñados y que predice lo que debe predecir.

Gracias a la muestra de evaluación piloto, se procedió a analizar los ítems, extrayendo los factores principales. De los datos obtenidos de los trabajadores, se extrajo tres factores principales que explican el 83.24% de la varianza total. Eso indica que, el instrumento es capaz de explicar el 83.24% del burnout que se presenta en los trabajadores. El primer factor explica el 34.64%

de la varianza total, el segundo factor explica el 27.63% de la varianza total y el tercer factor explica el 20.97% de la varianza total. En el siguiente cuadro, se observa el análisis de factorial, donde el análisis factorial divide en tres factores principales (lo cual es el número de dimensiones del instrumento a usar) y el valor mayor entre los tres factores indican que ítem pertenece a un factor (casualmente, casi todos los ítems se agrupan en un factor predeterminado, según la dimensión que pertenecen). Lo cual demuestra, que la muestra piloto proporcionó resultados válidos.

Tabla N°3

<i>Validez y Confiabilidad del análisis</i>			
Análisis Factorial con Rotación Varimax			
Ítems	Factores Principales		
	I	II	III
1	.756	.057	.084
2	.345	.212	.035
3	.608	.210	.256
4	.100	.059	.691
5	.069	.434	.139
6	.779	.129	.073
7	.296	.653	.179
8	.535	.139	.419
9	.041	.004	.485
10	.100	.315	.039
11	.258	.605	.365
12	.063	.163	.728
13	.528	.362	.075
14	.028	.720	.329
15	.050	.295	.094
16	.415	.467	.235
17	.063	.025	.194
18	.373	.231	.838
19	.101	.099	.766
20	.715	.073	.429
21	.105	.165	.643
22	.071	.425	.032

Confiabilidad

Es definido como el nivel de consistencia que hay en los puntajes obtenidos de los sujetos que fueron evaluados por un mismo instrumento. Por lo que, la confiabilidad evidencia estabilidad y constancia de los puntajes, lo cual nos indicara si las personas que marcaron aleatoriamente, o realmente respondían cada pregunta y que las probabilidades que las personas al volver a tomar el mismo test, tendrán un puntaje similar y que otras personas al ser evaluadas por el instrumento, reflejarán resultados similares.

Para lograr dicho resultado, se realizó un análisis de confiabilidad con la técnica del coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach. Los resultados demostraron que la confiabilidad que arrojó la técnica es de 0.678. Por lo tanto, el valor de confiabilidad que arroja la prueba, permite concluir que el instrumento es confiable.

En conclusión, el instrumento para medir el burnout, a través de sus dimensiones, es confiable y válido.

4.3.4 INVENTARIO DE BURNOUT (MBI) DE MALASCH Y S.E. JACKSON

(1981) que mide la frecuencia e intensidad de la situación de agotamiento o cansancio emocional (burnout) de la Universidad de Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California. USA (1981) Y su adaptación por N. Seisdedos (1997) Departamento de I+D de TEA Ediciones, S.A.

Los elementos del IBM están redactados en una forma directa para expresar unos sentimientos o actitudes personales, consta de 22 ítems mas una encuesta personal, las preguntas son contestados sobre dos continuos de medida:

la frecuencia y la intensidad de los sentimientos (escala de tipo Likert de 0-6 puntos respectivamente).

CONFIABILIDAD:

Los Coeficientes de los estudios originales se obtuvieron en muestra no empleadas para la selección final de los elementos para una inflación espuria de los índices).

Estimada la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Crombach en una muestra 1,316 casos se obtuvieron los siguientes índices: 0,09 en CE, 0,79 en DP y 0,71 en RP, y sus correspondientes errores de medida en puntuaciones directas fueron de 3,80; 3,16, 3,73, respectivamente.

En otros dos análisis originales se empleó el procedimiento de *test- retest*. En el primero se empleó una muestra de 53 graduados universitarios en servicios sociales con intervalo de dos a cuatro semanas entre ambas aplicaciones, y los índices de fiabilidad fueron de 0,82 en CE, en 0,60 en DP y 0,80 en RP.

En el segundo, sobre una muestra de 248 profesores y un intervalo de un año entre el momento del test y el del retest, se hallaron unos índices de 0,60 en CE, 0,54 en DP y 0,57 en RP. Todo esto índice son de tipo moderado pero significativo al nivel de confianza (N.c.) del 1%.

En la primera muestra de los estudios españoles (N=156 médicos profesionales), se calcularon los índices de consistencia interna (relación entre cada elemento y su escala) y sus resultados están agrupados de acuerdo con la escala a que pertenece.

En primer lugar se han calculado las correlaciones de cada elemento con las puntuaciones en las tres escala, porque el mismo elemento participa en las escala, pero no existe correlación espuria cuando un elemento se correlaciona con las otras dos escalas.

Para eliminar ese efecto espurio, en la muestra total se obtuvieron los índices de homogeneidad corregida (IHc) poniendo en relación un elemento con su propia escala pero en el cálculo de la puntuación en la escala no se ha dejado que participara el mismo elemento. Estos índices IHc ocupan la última columna del grupo de elementos que pertenecen a escala; en las bases de estas columnas de valores IHc se presenta la media de dichos índices obtenida mediante los valores z de Fisher.

Atendiendo primero a estos valores promedio de IHc, parece que la escala más conexionada es CE (0,58) y la que menos homoneidad tiene es DP; pero estos índices esto son influidos por longitud del instrumento empleados, la escala, que en el caso de CE tiene 9 elementos y sólo hay 5 en DP.

VALIDEZ:

La definición básica de un índice de validez es el grado en que el instrumento mide lo que dice medir; en el caso de un test de conocimientos o actitudinal, esa apreciación es fácil y se puede hacer directamente definiendo con claridad un criterio objetivo. Pero no ocurre así cuando se trata de la medida de una característica de la personalidad.

Lo que pretende medir el MBI de acuerdo con la intensión de las autoras y de las consideraciones, se trata de evaluar el síndrome del laboral asistencial a partir de tres aspectos o variables de ese constructo.

En los estudios factores, originales y españoles, se ha visto que los elementos que componen el MBI define una estructura tridimensional que apunta posiblemente a esas mismas dimensiones. Pero este tipo de **validez factorial** puede verse apoyando por otros tipos de validez.

Desde un enfoque de la validez convergente se puede aportar evidencia sobre el MBI con el análisis de los índices de relación de las variables del MBI con otras que apunten a constructos muy relacionados con el estrés laboral asistencial. En los estudios originales de Maslach y Jackson (1986) se recogieron tres tipos de análisis en los que las puntuaciones del MBI se pusieron en relación con:

- a) Las evaluaciones de comportamientos hechas por una persona que conoce bien al sujeto examinado (su pareja) o un compañero en el puesto de trabajo)
- b) La presencia de algunas características laborales que normalmente provocan estrés.
- c) Las medidas en otras variables que, por hipótesis, están relacionadas con este estrés.

4.4 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de información, primero se corrige las pruebas y luego se digita los datos obtenidos en un archivo de Excel, después, se usa el programa estadístico SPSS versión 21, donde se realiza el análisis descriptivo e inferencial correspondientes a las hipótesis.

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el análisis estadístico, la prueba que más se ajusta a las hipótesis es el ANOVA y el t de student, y para que se pueda ejecutar el ANOVA y el t de student, la muestra debe cumplir los siguientes requisitos:

- Comparar dos o más medias.
- La variable de respuesta a comparar debe ser cuantitativa.
- Debe ser un muestreo aleatorio.
- Debe haber una distribución normal en cada grupo Muestral, sin embargo, si no hay normalidad en las muestras, el número de personas por grupo debe ser igual o mayor a 10.

Una vez que se presenta los supuestos, se observa que se cumplen con todas los requisitos, ya que se comparan dos a más medias, la variable que se analiza es cuantitativa, el muestreo seleccionado por la presenta investigadora es aleatorio y los grupos evaluados en todas sus formas de agrupaciones, son mayores a 10 individuos, por lo tanto, las pruebas a usar son paramétricas. Conociendo mejor las dos técnicas, la ANOVA se usa para estudiar 3 grupos a más y el t de student para dos grupos, por lo tanto el ANOVA se usa para la hipótesis general (diferencia de burnout, según áreas) y

una hipótesis específica (diferencia del burnout, según profesiones); y la t de student en una hipótesis específica (diferencia del burnout, según sexo).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS CONTEMPLADOS

El aspecto ético contemplado que el presente estudio siguió es el principio de autonomía y de no maleficencia. Para lograr el primer principio, la investigación no realizó ningún prejuicio que pueda lastimar emocionalmente al paciente, para ello, se brindó la confianza a los evaluados a que puedan ser sinceros al resolver y sientan que son sus resultados, los que están dando, para que así sientan que no son juzgados y puedan dar el resultado con el cual se identifican, y no el que creen que deben dar. El otro principio es el de no maleficencia, para ello, se aplicará en momentos adecuados para los participantes (preferiblemente durante el descanso), para que así no se sientan agobiados al realizar la prueba, también, habrá una distancia entre el evaluador y el participantes para que sienta que su respuesta es privada, y finalmente, no se colocará un nombre, se colocará un código en cada prueba del participante, para que así haya un respeto de confidencialidad.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación se presentan los niveles del síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital de la ciudad de Lima según las siguientes dimensiones: (Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Realización Personal)

En la **Figura 1**, , que corresponde a la *Dimensión Agotamiento Emocional* presente en el personal de salud, se observa que casi el 50% del personal tiene niveles de agotamiento emocional alto (43 trabajadores), luego le siguen 34 trabajadores que tienen niveles bajos de agotamiento (36.17% de la muestra).

Tabla N°4

<i>Dimensión Agotamiento Emocional</i>		
Agotamiento Emocional del personal evaluado		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	7	7.47 %
Bajo	34	36.17 %
Promedio	4	4.26 %
Alto	43	45.74 %
Muy Alto	6	6.38 %
Total	94	100%

Figura 1

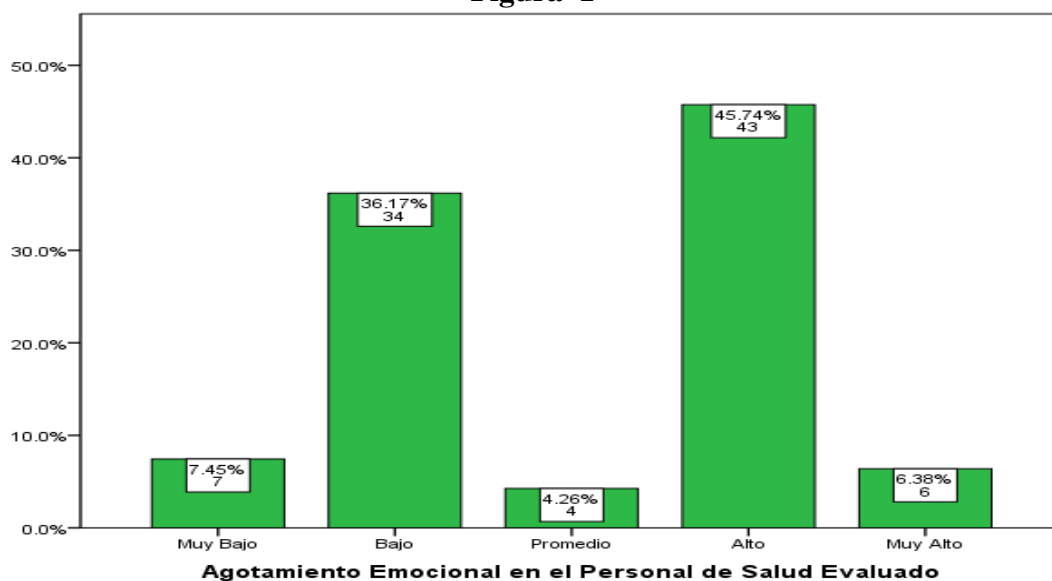


Figura 1 Agotamiento emocional en el personal de salud de un hospital de la ciudad de Lima

Continuando con **la Figura 2**, se observan los puntajes conseguidos en la **Dimensión de Despersonalización**, donde más del 80% del personal tienen niveles altos y muy altos de despersonalización (en el nivel alto, hay 38 trabajadores y en el nivel muy alto, 40 trabajadores). En el porcentaje restante, solo el 6.38% de trabajadores tienen niveles bajos de despersonalización y el 10.64% tienen niveles promedios.

Tabla N°5
Dimensión de Despersonalización

Despersonalización del personal evaluado		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	6	6.38%
Promedio	10	10.64%
Alto	38	40.43%
Muy Alto	40	42.55%
Total	94	100%

Figura 2

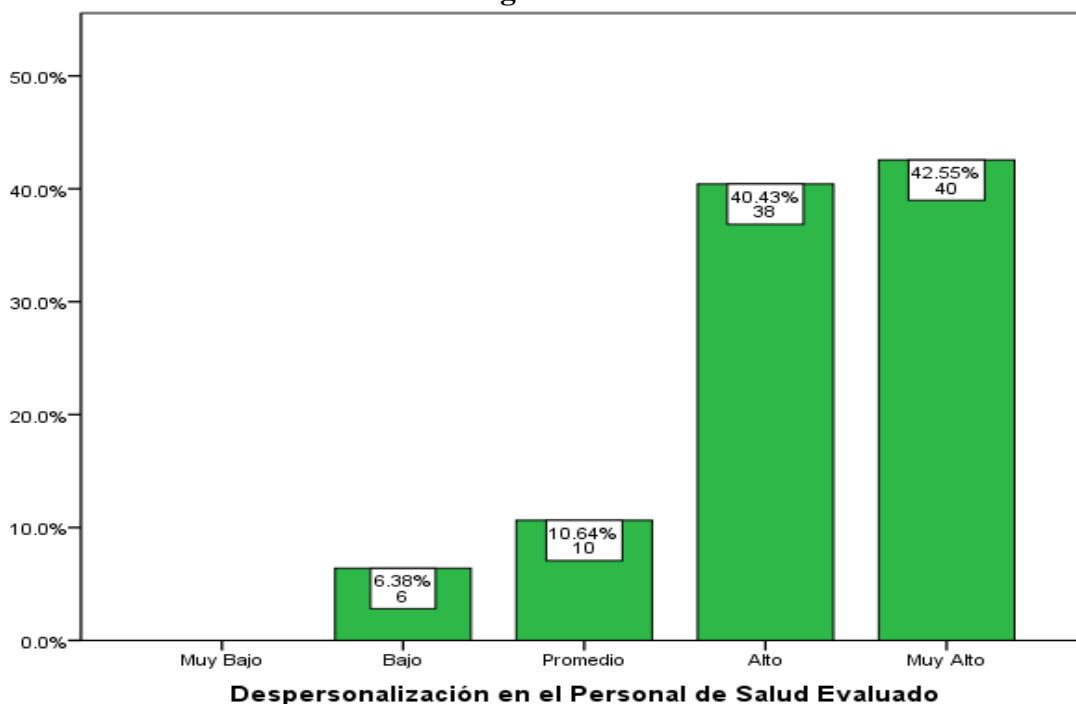


Figura 2 Despersonalización en el personal de salud de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 3**, sobre la *Dimensión Realización Personal*, se aprecia que más del 80% del personal de salud no se siente realizado profesionalmente (68 trabajadores), ya que tienen niveles muy bajo y bajo respectivamente. En consecuencia, solo 3 trabajadores tienen un nivel promedio de realización personal y solo 9 presentan niveles altos de realización personal. Además, ningún trabajador tiene un nivel muy alto de realización personal.

Tabla N°6

<i>Dimensión Realización Personal</i>		
Realización Personal del personal evaluado		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	68	72.34%
Bajo	14	14.89%
Promedio	3	3.19%
Alto	9	9.57%
Muy Alto	0	0%
Total	94	100%

Figura 3

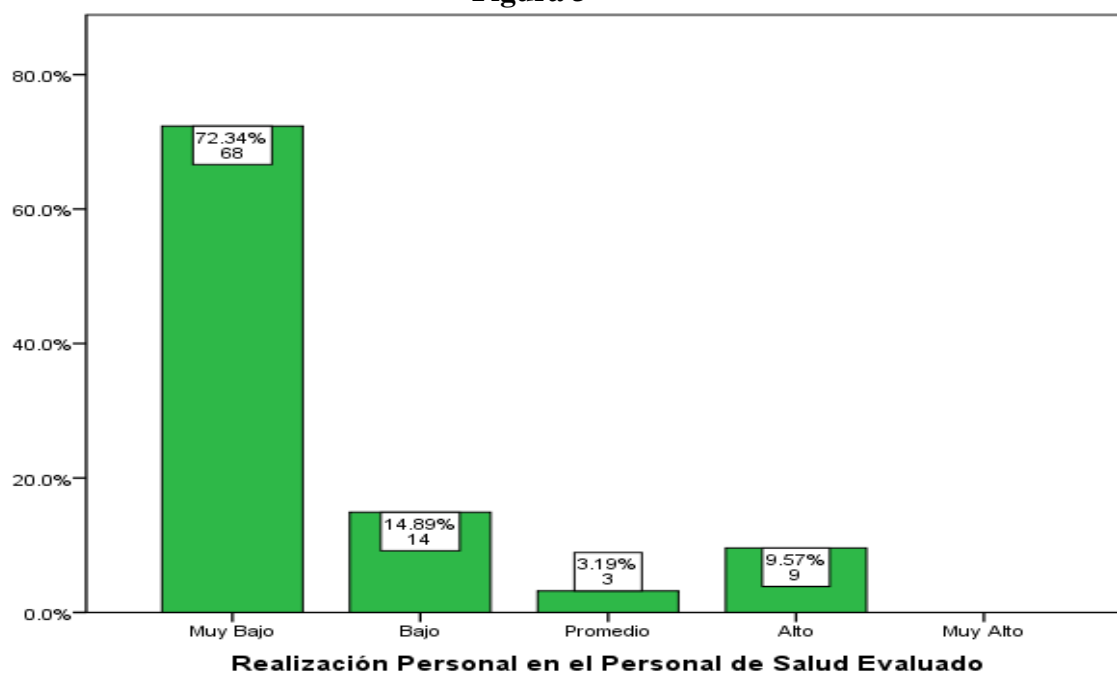


Figura 3 Realización Personal en el personal de salud de un hospital de la ciudad de Lima

Niveles de Síndrome de Burnout según área de trabajo

En la **Figura 4** se describe el nivel de *Agotamiento Emocional en el Área de Anestesiología*, donde el 50% del personal tiene niveles altos (7 trabajadores) y el 14.29% presenta niveles muy altos. Por otro lado, menos del 30% del personal tienen niveles bajos y muy altos de agotamiento, mientras que solo 1 persona tiene un nivel promedio de agotamiento emocional.

Tabla N° 7
Agotamiento emocional del área de anestesiología

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	1	7.14%
Bajo	3	21.43%
Promedio	1	7.14%
Alto	7	50%
Muy Alto	2	14.29%
Total	14	100%

Figura 4

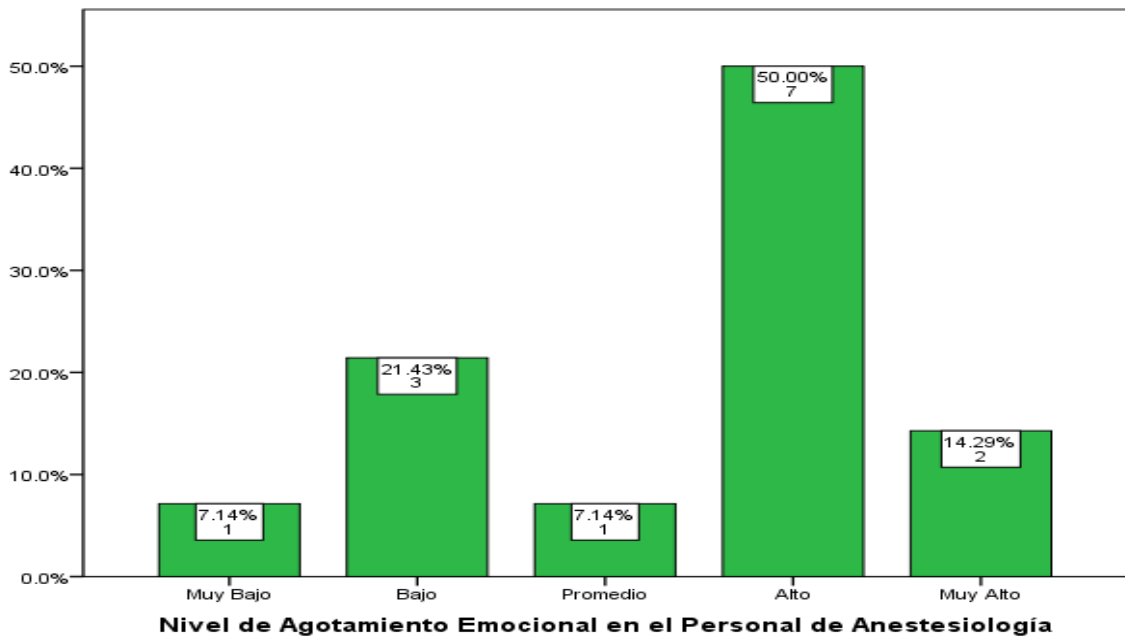


Figura 4 Agotamiento emocional en el Área de Anestesiología de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 5**, se observa la *Dimensión de Despersonalización en el área de Anestesiología*, donde el 85% del personal tienen niveles altos y muy altos de despersonalización, mientras que solo el 14.29% tiene un nivel promedio del mismo. Además, se observa que ningún trabajador tiene niveles bajo y muy bajo.

Tabla N°8

<i>Despersonalización del área de anestesiología</i>		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	0	0%
Promedio	2	14.29%
Alto	7	50%
Muy Alto	5	35.71%
Total	14	100%

Figura 5

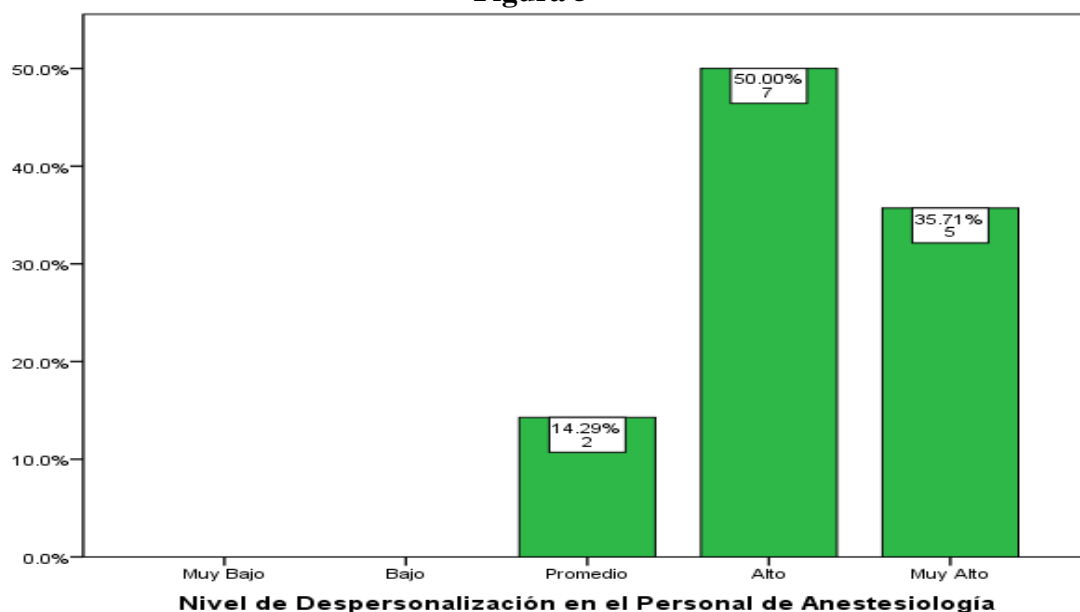


Figura 5 Depersonalización en el Área de Anestesiología de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 6** sobre la *Dimensión de Realización Personal en el Área de Anestesiología*, se observa que más del 80% tiene niveles bajos y muy bajos de realización, y que solo el 14.29% del mismo grupo tiene un nivel alto de realización. Además, se observa que ningún trabajador del área tuvo nivel promedio o muy alto.

Tabla N°9

<i>Realización personal del área de anestesiología</i>		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	10	71.43%
Bajo	2	14.29%
Promedio	0	0%
Alto	2	14.29%
Muy Alto	0	0%
Total	14	100%

Figura 6

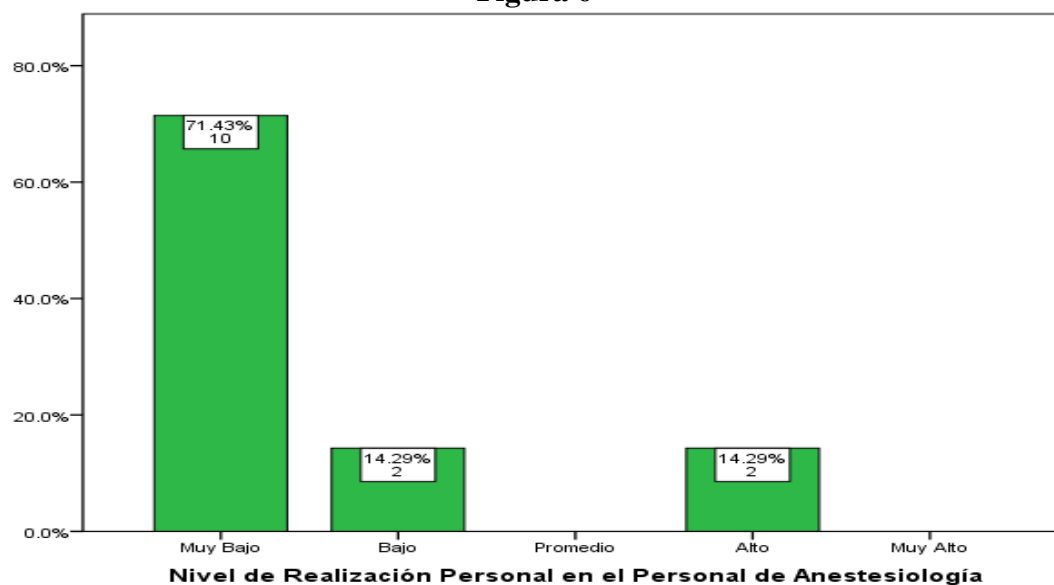


Figura 6 Realización Personal en el Área de Anestesiología de un hospital de la ciudad de Lima

Continuando, se presenta los resultados conseguidos, en la **Figura 7**, sobre la *Dimensión de Agotamiento Emocional en el Área de Emergencia*, se puede observar que el 45.45% del personal tiene niveles bajo de agotamiento y el 42.42% tiene niveles altos. Por lo tanto, el porcentaje de niveles muy bajo, promedio y muy alto son muy bajos, siendo el 12% aproximadamente.

Tabla N° 10

Agotamiento emocional del área de emergencia

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	2	6.06%
Bajo	15	45.45%
Promedio	1	3.03%
Alto	14	42.42%
Muy Alto	1	3.03%
Total	14	100%

Figura 7

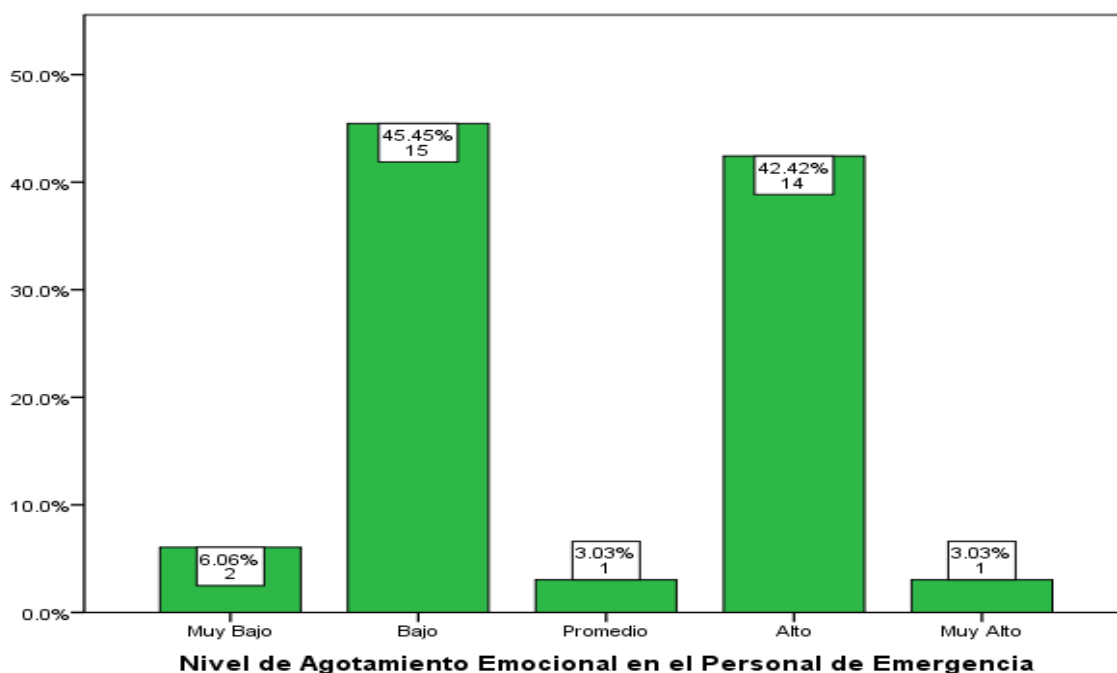


Figura 7 Agotamiento emocional en el Área de Emergencia de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 8**, sobre la *Dimensión de Despersonalización en el Área de Emergencia*, se aprecia niveles altos de despersonalización 42.42% y 48.48% niveles muy altos. Asimismo se observa se observa que menos del 10% de los trabajadores (3 personas) tienen niveles promedio y bajo de despersonalización.

Tabla N°11

Despersonalización del área de emergencia

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	1	3.03%
Promedio	2	6.06%
Alto	14	42.42%
Muy Alto	16	48.48%
Total	33	100%

Figura 8

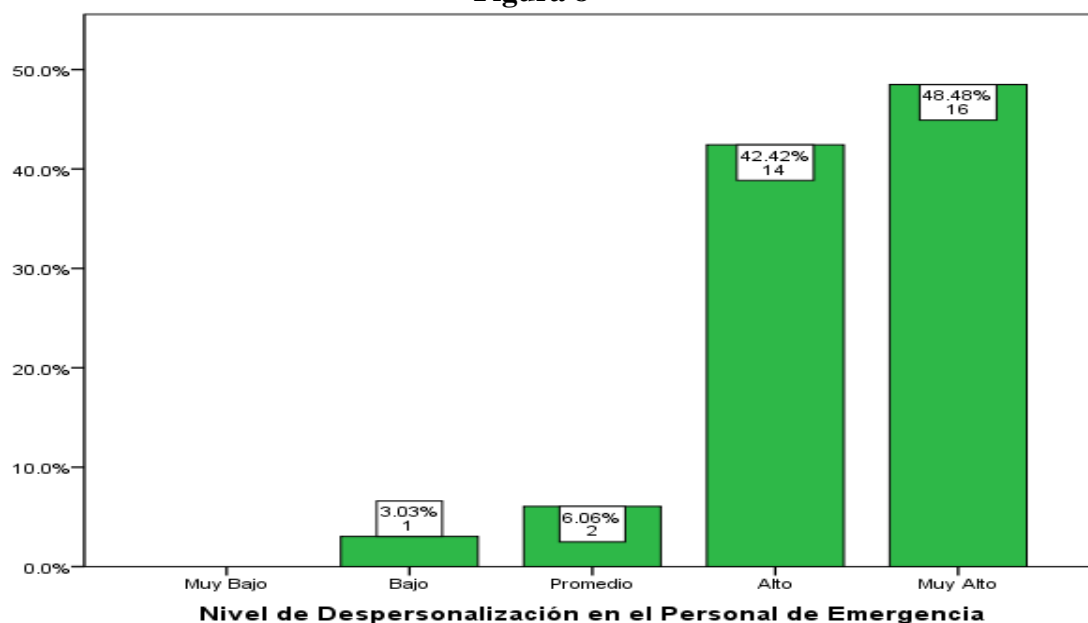


Figura 8 Despersonalización en el Área de Emergencia de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 9**, sobre la *Dimensión de Realización Personal en el Área de Emergencia*, se observa que el 75.76% presente un nivel muy bajo de realización personal y solo 6.06% presentan nivel alto de realización personal.

Tabla N° 12
Realización personal del área de emergencia

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	25	75.76%
Bajo	5	15.15%
Promedio	1	3.03%
Alto	2	6.06%
Muy Alto	0	0%
Total	33	100%

Figura 9

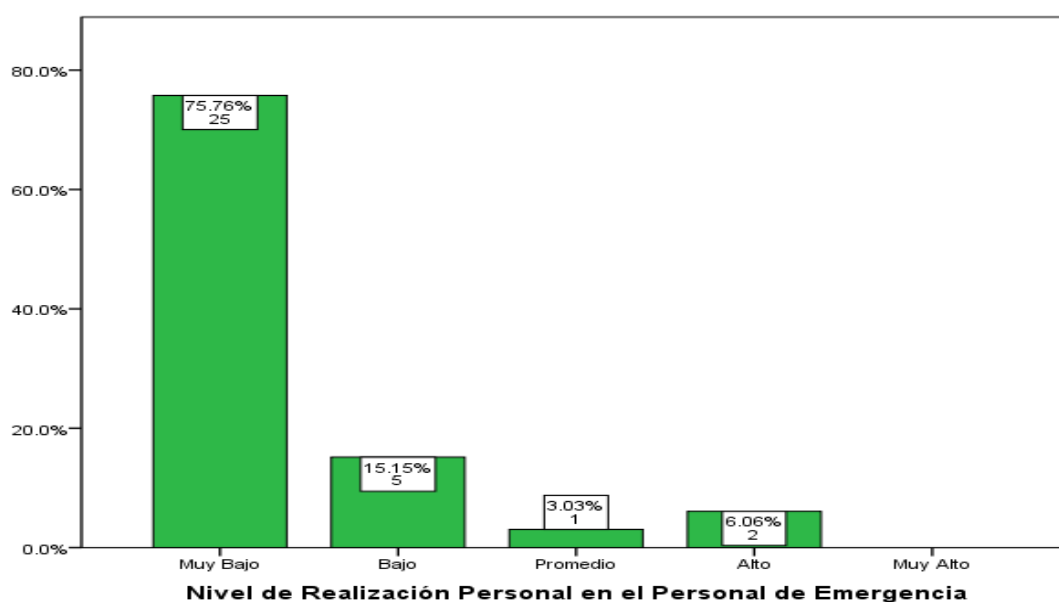


Figura 9 Realización Personal en el Área de Emergencia de un hospital de la ciudad de Lima

En la Figura 10, sobre la *Dimensión de Agotamiento Emocional en el Área de Ginecología*, se observa que el 50% (25 trabajadores) de los evaluados tienen niveles alto y muy alto de agotamiento emocional (46.81% y 6.38% respectivamente). Por otro lado, se observa que el 41% del personal tiene niveles bajo y muy bajo de agotamiento (34.04% y 8.51% respectivamente). Mientras, que el 4.26% tiene nivel promedio de agotamiento.

Tabla N°13

<i>Agotamiento emocional del área de ginecología</i>		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	4	8.51%
Bajo	16	34.04%
Promedio	2	4.26%
Alto	22	46.81%
Muy Alto	3	6.38%
Total	47	100%

Figura 10

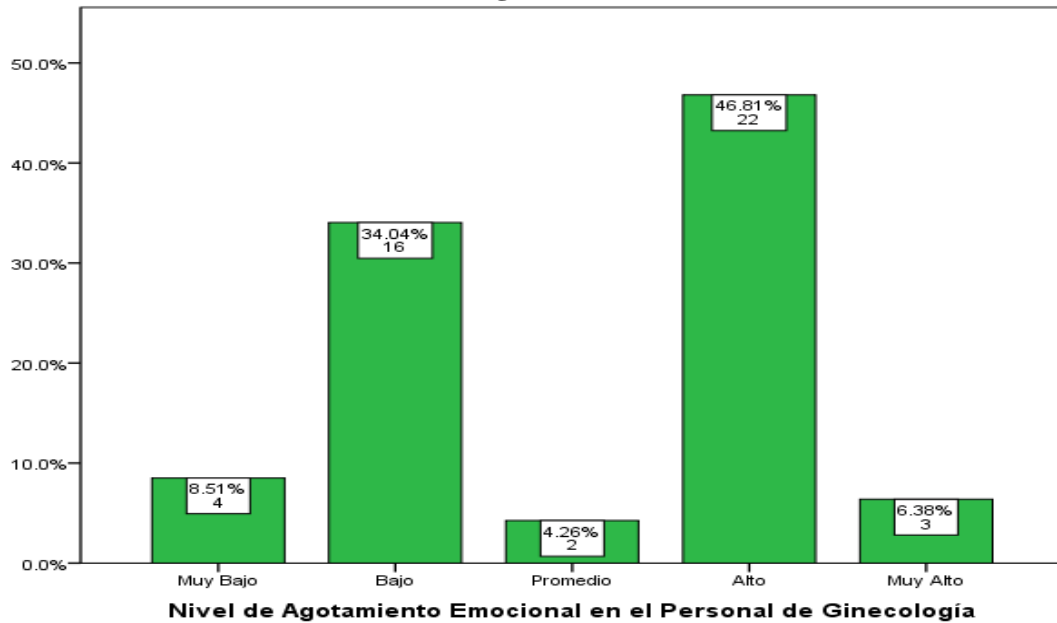


Figura 10 Agotamiento emocional en el Área de Ginecología de un hospital de la ciudad de Lima

En la **Figura 11**, se evidencia que en la *Dimensión de Despersonalización del Área de Ginecología*, se observa que casi el 80% del personal reporta tener niveles alto y muy alto de despersonalización (36.17% y 40.43% respectivamente). Así mismo se observa, que 6 personas tienen nivel promedio de despersonalización (12.77%) y 5 personas tienen nivel bajo (10.64%).

Tabla N° 14

<i>Despersonalización del área de ginecología</i>		
Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	5	10.64%
Promedio	6	12.77%
Alto	17	36.17%
Muy Alto	19	40.43%
Total	47	100%

Figura 11

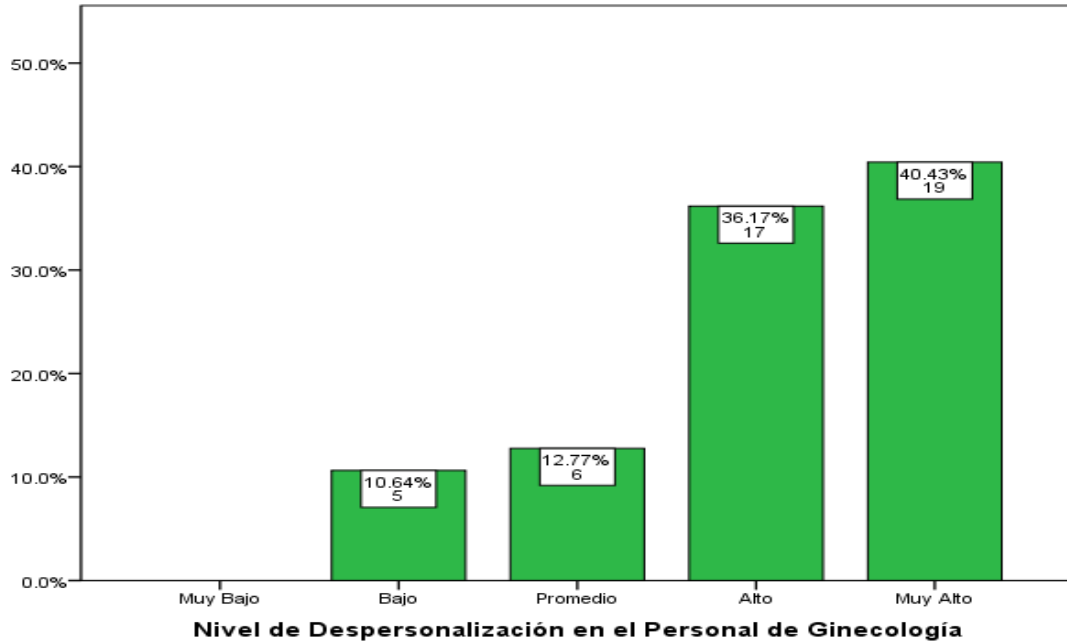


Figura 11 Despersonalización en el Área de Ginecología de un hospital de la ciudad de Lima

Para la *Dimensión de Realización personal en el Área de Ginecología*, en la **Figura 12**, se observa que más de 80% (40 personas) del personal niveles bajos y muy bajos de realización personal (14.89% y 70.21% respectivamente). Se observa que el 4.26% de los evaluados tienen niveles promedio de realización personal y el 10.64% (5 trabajadores) tienen nivel alto de realización.

Tabla N° 15

Realización personal del área de ginecología

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	33	70.21%
Bajo	7	14.89%
Promedio	2	4.26%
Alto	5	10.65%
Muy Alto	0	0%
Total	47	100%

Figura 12

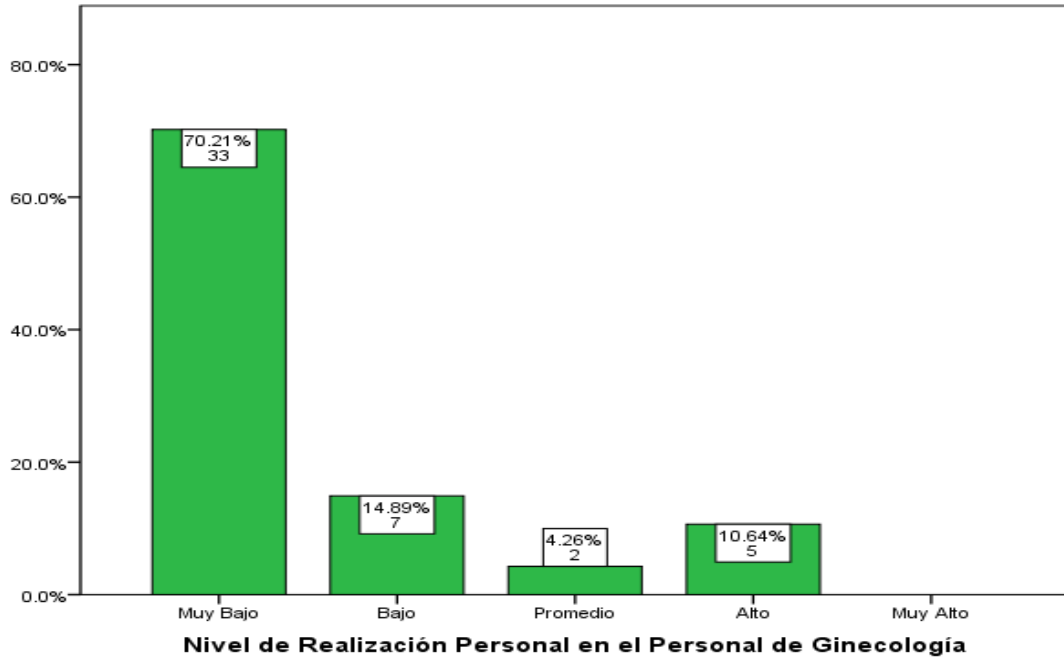


Figura 12 Realización Personal en el Área de Ginecología de un hospital de la ciudad de Lima

Niveles de Síndrome de Burnout según sexo

Continuando, se describe los resultados conseguidos, según el sexo Femenino y Masculino.

En la **Figura 13**, en la *Dimensión Agotamiento Emocional según sexo*, se evidencia que el sexo femenino presenta 27.87% de nivel alto de agotamiento mientras en el sexo masculino presenta 78.79%. En los niveles bajos de agotamiento se observa que el sexo femenino tiene 47.54% a diferencia del sexo masculino que tiene un 15.15%.

Tabla N°16
Agotamiento Emocional del sexo femenino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	6	9.84%
Bajo	29	47.54%
Promedio	4	6.56%
Alto	17	27.87%
Muy Alto	5	8.20%
Total	61	100%

Figura 13

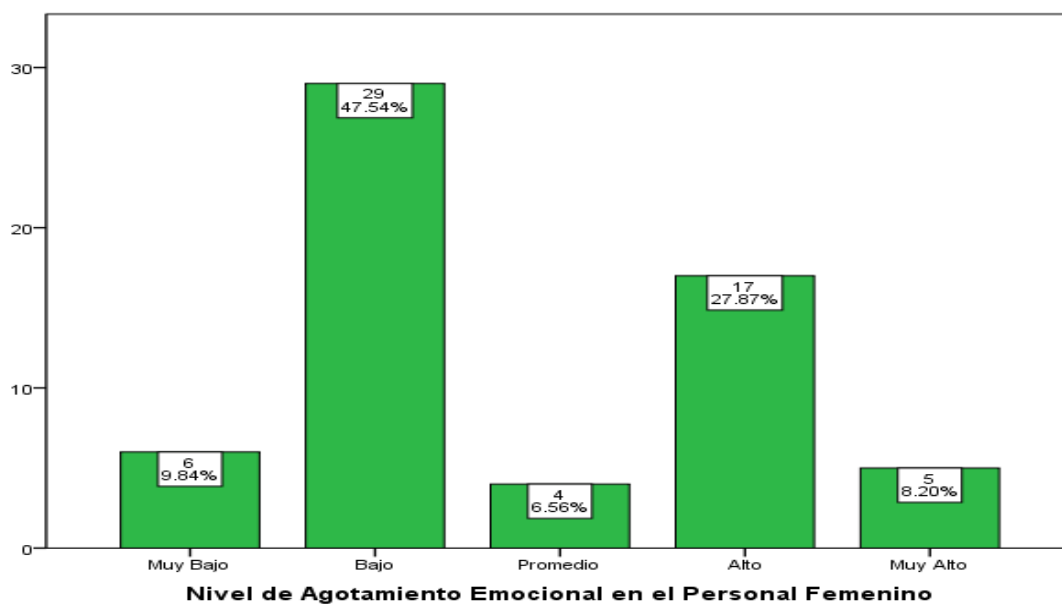
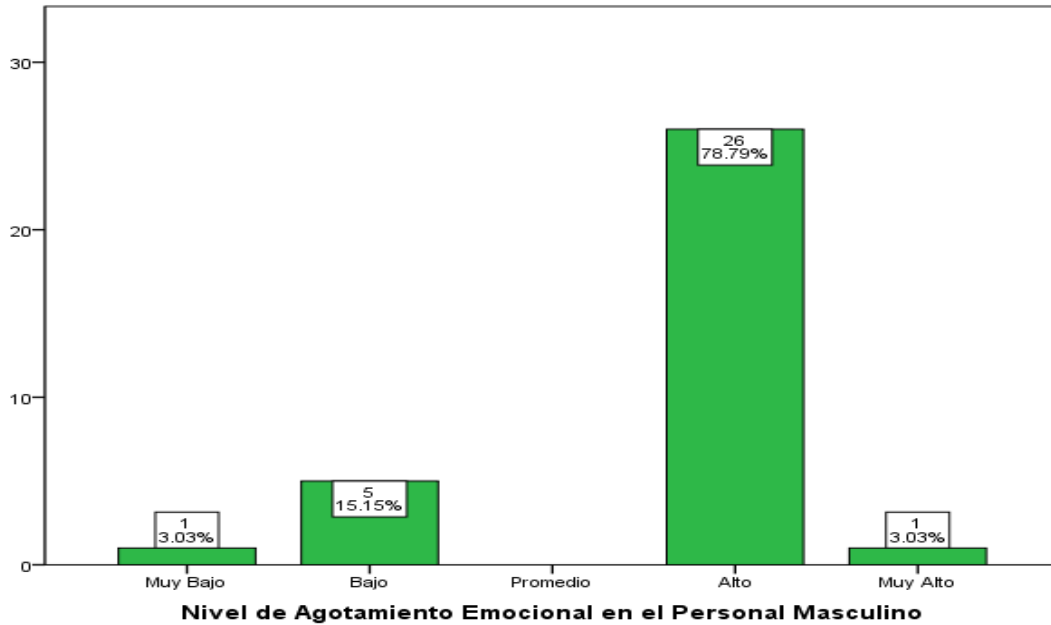


Figura 13 Agotamiento emocional en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima según Sexo

Tabla N°17

Agotamiento emocional del sexo masculino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	1	3.03%
Bajo	5	15.15%
Promedio	0	0%
Alto	26	78.79%
Muy Alto	1	3.03%
Total	33	100%



En la Figura 14, sobre la *Dimensión de Despersonalización según sexo*, se observa que en el sexo masculino presenta nivel alto de 45.45% en despersonalización y 40.98% de nivel alto en el sexo femenino. En los niveles bajos de despersonalización se observa que el sexo femenino tiene 40.98% a diferencia del sexo femenino que tiene 0%.

Tabla N° 18

Despersonalización del sexo femenino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	6	9.84%
Promedio	6	9.84%
Alto	29	39.34%
Muy Alto	25	40.98%
Total	61	100%

Tabla N° 19

Despersonalización del sexo masculino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	0	0%
Bajo	0	0%
Promedio	4	12.12%
Alto	14	42.42%
Muy Alto	15	45.45%
Total	33	100%

Figura 14

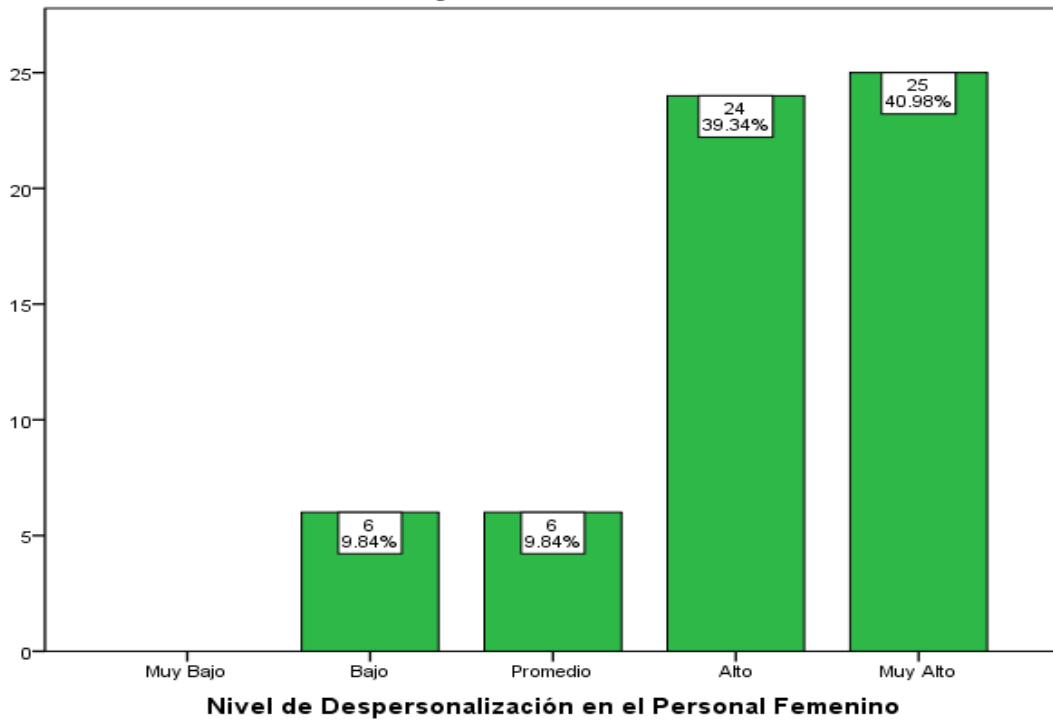
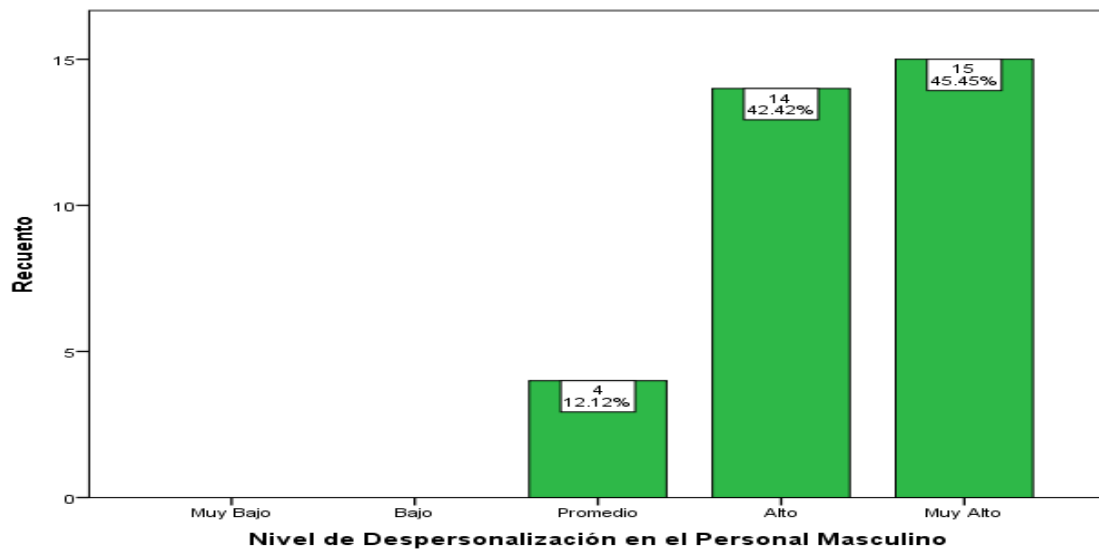


Figura 14 Despersonalización en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima según Sexo

Figura 15



En la **Figura 15** sobre la *Dimensión de Realización Personal según sexo*, se observa que el sexo femenino presenta 63.93% de niveles muy bajo de realización personal, mientras en el sexo masculino presenta 87.88%. En el sexo masculino se presenta un 6.06% de nivel alto de realización personal y en el sexo femenino 11.48% de nivel alto.

Tabla N°20

Realización Personal del sexo femenino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	39	63.93%
Bajo	12	19.67%
Promedio	3	4.92%
Alto	7	11.48%
Muy Alto	0	0%
Total	61	100%

Tabla N°21

Realización Personal del sexo masculino

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	29	87.88%
Bajo	2	6.06%
Promedio	0	0%
Alto	2	6.06%
Muy Alto	0	0%
Total	33	100%

Figura 15

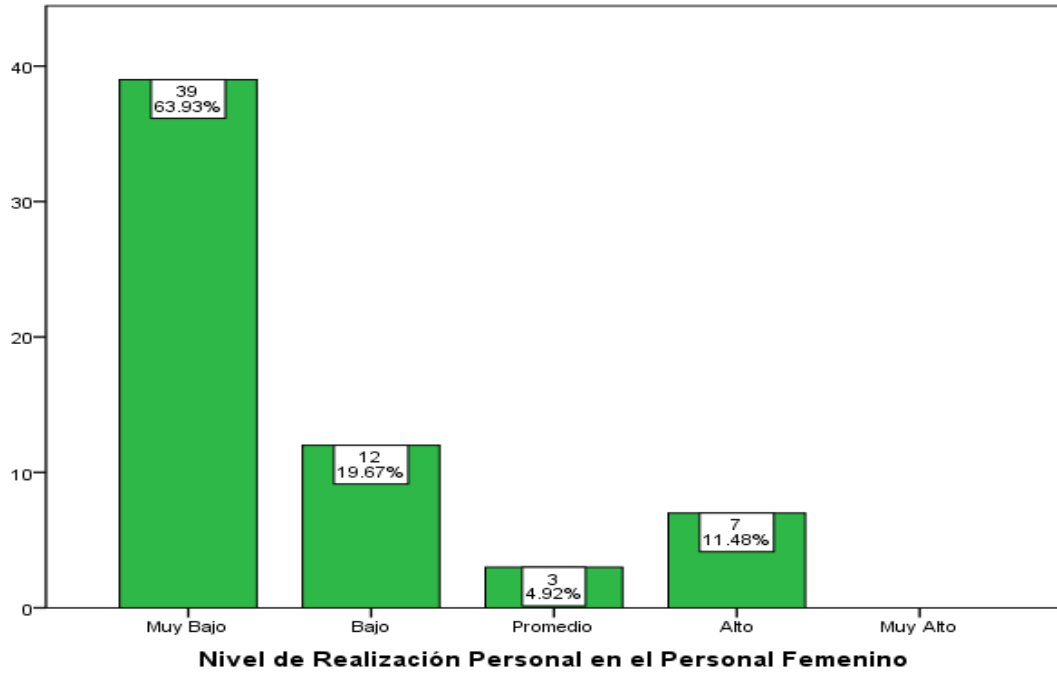
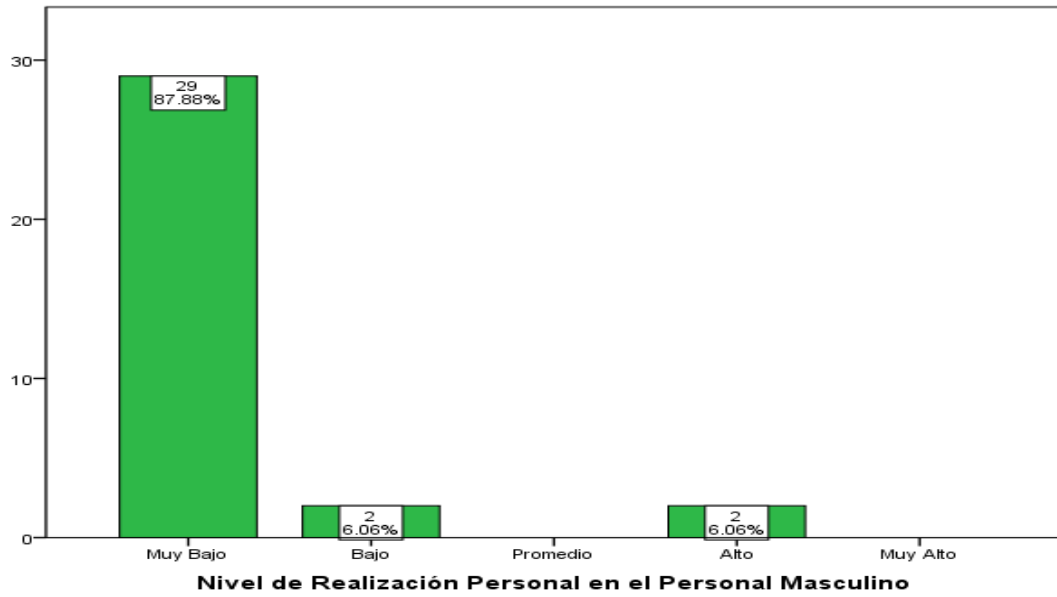


Figura 15 Realización Personal en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima según Sexo

Figura 16



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Una vez finalizado la presentación descriptiva de los resultados conseguidos. Se presenta el análisis correspondiente a la hipótesis General de la posible diferencia significativa del burnout, según las áreas de trabajo del Hospital (Anestesiología, Emergencia y Ginecología) y los factores evaluados por el Test MBI. Por lo tanto, se presenta tres tablas para la hipótesis general. En la Tabla 22, se puede ver el análisis de la comparación de medias del *Agotamiento Emocional, según las áreas de trabajo*, indicando que no existe diferencias significativas entre las áreas de trabajo (p-valor $0.501 > 0.05$).

Tabla N°22

Comparación del Agotamiento Emocional, según las áreas de Trabajo utilizando la prueba de ANOVA

Áreas de Trabajo	Medias	N	F	p
Anestesiología	57.14			
Emergencia	51.21	94	.697	0.501
Ginecología	52.23			

*p >0.05

En la tabla 23, que continua el análisis de la hipótesis general, evalúa la diferencia de medias del factor *Despersonalización, según las áreas de trabajo*. Como se observa en su resultado, no existe diferencia significativa de este factor (p-valor de $0.395 > 0.05$).

Tabla N°23.

Comparación de Despersonalización, según las áreas de Trabajo utilizando la prueba de ANOVA

Áreas de Trabajo	Medias	N	F	P
Anestesiología	68.92			
Emergencia	74.27	94	.938	0.395
Ginecología	70.31			

*p > 0.05

En la tabla 24 finalizando el análisis de la hipótesis general de la investigación, evalúa la diferencia de *la Realización Personal*, según las áreas de trabajo. Observándose que, no existe diferencia significativa según el área de trabajo, con un p-valor de 0.263.

Tabla N°24.

Comparación de la Realización Personal, según las áreas de Trabajo utilizando la prueba de ANOVA

Áreas de Trabajo	Medias	N	F	P
Anestesiología	19.64			
Emergencia	18.96	94	.124	0.883
Ginecología	21.12			

*p > 0.05

Correspondiendo a la primera hipótesis específica, donde se busca identificar la diferencia del burnout, según el sexo. Se evalúa las tres áreas medidas por el test que son el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal.

En la tabla 25, se puede observar el análisis de los resultados correspondiente al factor *Agotamiento Personal*, como se aprecia, existe diferencia significativa de este factor,

según el sexo con un p-valor de 0.001 y son las mujeres quienes tienen un nivel menor de Agotamiento frente a los hombres ($49.10 < 59.09$).

Tabla N° 25.

Comparación del Agotamiento Emocional, según el sexo utilizando la Prueba t para dos muestras independientes si existe

Sexo	Media	N	t	P
Femenino	49.10	61	-3.319	0.001
Masculino	59.09	33		

*p < .05

En la tabla 26, que plantea si existe diferencia en el factor *Despersonalización*, según sexo de los trabajadores evaluados. Se observa que existe una diferencia mínima de la media, sin embargo el p-valor es mayor a 0.05, por lo que no se considera significativa la diferencia.

Tabla N°26.

Comparación de la Despersonalización, según el sexo utilizando la Prueba t para dos muestras independientes

Sexo	Media	N	t	P
Femenino	70.92	61	-0.529	0.599
Masculino	72.58	33		

*p > 0.05

En la tabla 27, finalizando el análisis de la primera hipótesis específica, se observa no existe diferencia significativa del factor *Realización Personal*, según el sexo de los trabajadores evaluados. Aunque, se aprecia una diferencia significativa entre las medias de los hombres y mujeres, a favor de las mujeres ($22.67 > 15.48$), el valor p es ligeramente mayor al 0.05 ($0.056 > 0.05$).

Tabla N°27.

Comparación de la Realización Personal, según el sexo utilizando la Prueba t para dos muestras independientes

Sexo	Media	N	t	P
Femenino	22.67	61	1.935	0.056
Masculino	15.48	33		

*p > 0.05

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Después de haber observado los resultados, se procede a realizar la prueba de hipótesis de los enunciados propuestos en el estudio:

Para la hipótesis general que son:

H1i: Existen diferencias significativas en el agotamiento emocional, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

H2i: Existen diferencias significativas en la despersonalización, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

H3i: Existen diferencias significativas en la realización personal, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

Al realizar el análisis estadístico en sus tres factores de evaluación; se concluye que:

-Se acepta la H1o, por lo tanto, no existe suficiente evidencia para concluir que exista diferencia en el agotamiento emocional, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

-Se acepta la H2o, por lo tanto, no existe suficiente evidencia para concluir que exista diferencia en la despersonalización, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

-Se acepta la H3o, por lo tanto, no existe suficiente evidencia para concluir que exista diferencia en la realización personal, según las áreas de trabajo de un hospital de la ciudad de Lima.

Para las hipótesis específicas, que son:

H4i: Existen diferencias significativa en el agotamiento emocional, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

H5i: Existen diferencias significativa en la despersonalización, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

H6i: Existe diferencia significativa en la realización personal, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

Al realizar el análisis estadístico en sus factores de evaluación, se concluye que:

-Se acepta la H4i, indicando que existe diferencia significativa en el agotamiento emocional, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

-Se acepta la H5o, por lo tanto, no existe diferencia significativa en la despersonalización, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

-Se acepta la H6o, por lo tanto, no existe diferencia significativa en la realización personal, según el sexo en el personal de salud un hospital de la ciudad de Lima.

5.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.4.1 DISCUSIÓN

Una vez presentado los resultados, se analiza y se compara con los resultados, para comprender como se diferencia o congenian con la presente investigación, así como realizar un aprendizaje de esto. Se inicia comparando los resultados descriptivos con investigaciones que evaluaron una muestra diferente, luego se compara con muestras similares y finalmente se realiza la discusión correspondiente a sus hipótesis.

Como se observa en los resultados, la tendencia es que más del 50% del personal tenga agotamiento emocional, aproximadamente el 80% tenga despersonalización y más del 80% tenga una nivel bajo de realización personal, sin embargo, cuando se observa los gráficos de agotamiento personal en el caso de las mujeres y la profesión de enfermería, más del 50% del personal tiene niveles bajos de agotamiento emocional. Siguiendo se discute los resultados obtenidos con los antecedentes que analizaron muestras distintas a la evaluada (no son profesionales de la salud) como el de Cáceres (2006), quien estudió la prevalencia de burnout en 330 militares sanitarios de España, concluyo que el 59% de la muestra fue diagnosticada con el síndrome, el cual contrasta con el estudio de López et col (2014), quienes midieron el burnout en 339 trabajadores de la población económicamente activa de Lima, de los cuales el 6,22% de la muestra presenta un nivel muy alto de burnout. Demostrando que en una muestra de personal militar si hay altos índices de burnout, sin embargo, en el caso de Perú, cuando se evalúa a una muestra que conforma diversos profesionales, se concluye que el burnout no afecta a todas las profesiones y que está focalizado.

Continuando, se evalúa estudios realizados en personal médico como el Gamonal et col. (2008) que identifica la presencia de burnout en el 78% de enfermeras del área crítica de un Centro de Salud nivel III de Lima y el de Ayala (2013), quien evaluó el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central FAP en Lima, entre enfermeros y técnicos en enfermería (mujer y varón); concluyendo que los niveles de burnout en el personal son medio alto, lo cual concuerda en su mayoría con los resultados descriptivos conseguidos, ya que la mayoría del personal tiene niveles altos en sus tres dimensiones. Sin embargo, Arauco (2007), quien investigó el nivel del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones en 64 enfermeras del área de Salud Mental y Psiquiatría de un Hospital Limeño, concluye que el 20% de las enfermeras presentan altos niveles de estrés y el 50% tiene niveles normales de estrés. Además la mayoría de las enfermeras presentaron un nivel medio de agotamiento emocional y realización personal, y un nivel bajo de despersonalización, lo cual contrasta bastante con los presentes resultados de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (donde más del 50% tiene nivel bajo y muy bajo de agotamiento, más del 80%, despersonalización y más del 80% no siente realización personal).

Similar al de Arauco (2007), es de Vásquez-Manrique et col. (2014), quienes realizaron un estudio en Lima para detectar la frecuencia de síndrome de Burnout en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (médicos, enfermeras y técnicos en enfermería) de ellos se detectó que solo el 3.76% (3 trabajadores) tiene el síndrome de burnout, con respecto a sus dimensiones, también se concluyó que

poco personal tiene niveles altos en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

También dos estudios extranjeros como el de Umene-Nakano et col. (2013), que concuerda con las investigaciones de Arauco (2007) y Vásquez-Manrique y col. (2014), ya que de los 704 psiquiatras que evaluaron su nivel de burnout, solo el 21% tienen alto nivel de cansancio emocional y el 12% despersonalización, sin embargo, con respecto a las expectativas laborales, se observa que el porcentaje es similar al estudio de Ayala (2013) y la presente investigación, ya que el 72% de los psiquiatras tienen bajas expectativas laborales; además, el estudio de Oramas (2013) realizado en la Habana, evaluó a 621 docentes de primaria e identificó que el 88.24% de los docentes presentan estrés laboral y el 67.5% síndrome de burnout. Índices sumamente altos que indican que existe anormalidad en los docentes que son similares al obtenido en el presente estudio.

Continuando, se discute las hipótesis, los resultados conseguidos y los antecedentes que se ajustan a su respectiva hipótesis, iniciando con la Hipótesis General que señala si existe diferencia del estrés, según las áreas de trabajo, como se observa en la tabla 1, no existe diferencia significativa en ninguna de las tres dimensiones, por lo que se concluye que el área de trabajo no es un factor que genere altos o bajos niveles de estrés en su personal respectivo. Sin embargo, un estudio nacional realizado por Gamonal et col. (2008) identificó la presencia del síndrome de Burnout en 105 enfermeras que laboran en cinco servicios de áreas críticas de un Centro de Salud nivel III de Lima, concluyendo que las enfermeras de las áreas de Sala de operación y Emergencia presentan niveles mayores de burnout

Estudios internacionales como el de Albaladejo et col. (2004), quienes evaluaron los niveles del estrés en el personal de enfermería y técnico en enfermería de un hospital de Madrid según área de trabajos, concluyendo que el personal que trabaja en oncología y urgencia tiene mayor presencia de agotamiento por estrés. También el de Sahraian et col. (2008), quienes compararon el síndrome de burnout en enfermeros iraníes de distintas áreas de trabajo (cirugía, internado, psiquiatría y sala de quemados). Detectando que los enfermeros que trabajan en psiquiatría son los que tienen mayores niveles de burnout.

Con respecto a la primera hipótesis específica, si existe diferencia significativa del estrés, según el sexo del Personal de Salud. Se observa que en dos dimensiones si hay diferencia significativa y son en el agotamiento emocional y la realización personal, mientras que en la despersonalización, no existe diferencia, según el sexo. En el caso de la dimensión agotamiento emocional, se observa que los varones tienen mayor predisposición a sufrir agotamiento emocional que las mujeres, en la dimensión realización personal, se observa que aunque existe diferencia significativa, donde el varón se siente menos realizado personalmente, ambos siguen teniendo puntajes bajos en esta dimensión, lo cual indica que los varones tienden a tener niveles muy bajos de realización personal y las mujeres tienden a tener niveles bajos de realización personal. Y como se dijo, en el caso de la dimensión despersonalización, no existe ninguna diferencia, según sexo, pero cualitativamente, los hombres tienen un puntaje superior por dos unidades.

Una investigación nacional realizada por Sánchez y col (2015) determinaron la prevalencia de estrés laboral en el personal de asistencia pre

hospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias de un Instituto Privado de gestión de salud, observándose que no existe ninguna diferencia, según el sexo. Sin embargo, un estudio en Chile, realizado por García (2006), en 36 trabajadores de la unidad de emergencia gineco-obstetrica halló diferencias del estrés laboral, según el sexo, siendo mayores en las mujeres, mientras en el área de insatisfacción laboral, no se halló diferencia alguna. Lo cual indica que si hay una tendencia y predisposición, según el sexo.

5.4.2 Conclusión

Una vez culminado los resultados y la discusión, las conclusiones son las siguientes:

-No hay evidencia para confirmar que la dimensión agotamiento emocional es diferente, según las áreas de trabajo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-No hay evidencia para confirmar que la dimensión despersonalización es diferente, según las áreas de trabajo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-No hay evidencia para confirmar que la dimensión realización personal es diferente, según las áreas de trabajo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-Existe evidencia para confirmar que la dimensión agotamiento emocional es diferente, según el sexo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-No hay evidencia para confirmar que la dimensión despersonalización es diferente, según el sexo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-No hay evidencia para confirmar que la dimensión realización personal es diferente, según el sexo en el Personal de Salud de un hospital de la ciudad de Lima.

-La mayoría del personal de salud evaluado tiene niveles bajos en realización personal, así como niveles altos en agotamiento emocional y despersonalización, sin importar su área de trabajo.

RECOMENDACIÓN

Una vez analizado la discusión y la presentación de los resultados, se brinda las siguientes recomendaciones:

- Que se realicen evaluaciones en otros Hospitales, Centros de Salud, Policlínicos, Clínicas, entre otras. Y así comparar los niveles del Síndrome de Burnout.
- Que se evalué a todo el personal de salud del Hospital, donde se realizó el estudio.
- Investigar porque existe diferencia significativa del Cansancio Emocional, según el sexo del personal de salud evaluado.
- Que se realice un programa para prevenir el estrés a corto mediano y largo plazo.
- Procurar un balance entre la vida laboral y personal, mediante programas de bienestar del personal.

REFERENCIAS

- Albaladejo, R.; Villanueva, R.; Ortega, P.; Astasio, P.; Calle, M. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital en Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78(04), 505-516. España: Consultado en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v78n4/original3.pdf>
- Arauco, G. (2007). *Síndrome del Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera."*(Tesis para optar el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Consultado en <https://es.scribd.com/document/48195744/tesis-Lic-Arauco>
- Ángel, J. (2007) *Estadística general aplicada*. Colombia. Fondo editorial Universidad EAFIT.
- Avalos, M. (2013). *Síndrome de Burnout y las Relaciones Intrafamiliares de los Abogados en los centros de Emergencia Mujer en el Perú, 2012*. (Tesis para optar el grado académico de Magister en Terapia Familiar). Universidad Peruana de la Unión, Lima, Perú.
- Ayala, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. (Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería Intensivista). Universidad Mayor Nacional de San Marcos, Lima, Perú. Consultado en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf

Bedoya-Lau, F.; Matos, L. y Zelaya, E. (2012). Niveles de estrés académico, manifestaciones psicosomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima en el año 2012. *Rev*

Neuropsiquiatria, 77(4), 262-270. Perú: Consultado en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a09v77n4.pdf>

Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. España. McGraw Hill Ediciones.

Broncano, Y. (2010). Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidado Críticos del Hospital San Bartolomé. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 53-63. Lima: Consultado en:
http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2014_Broncano.pdf

Byrne, D. y Rosenman, R. (1990). *Anxiety and the Heart*. Australia. Hemisphere Publishing Corporation.

Cáceres, G. (2006). *Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. (Tesis para optar al grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Consultado en: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>

Contrada, R. y Baun, A. (2011). *The Handbook of Stress Science (Biology, Psychology and Health)*. E.U.A. Springer Publishing Company.

Corales, T. (2005). *Focus on Posttraumatic stress disorder research*. E.U.A. Nova Science Publishers.

Crandall, R. y Perrewé, P. (1995). *Occupational Stress: a handbook*. E.U.A. Taylor & Francis Publishers.

Díaz, S. (2012). *Satisfacción laboral y síndrome de burnout entre el personal de un policlínico y en el de una comunidad local de administración de salud, Distrito La Victoria, Chiclayo*. (Tesis para optar el título de Licenciado de Psicología) Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Consultado.

en:http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/328/1/TL_Díaz_Ruiz_StephanyM_edalit.pdf

Driskell, J. y Salas, E. (1996). *Stress and human performance*. E.U.A. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

El Sahili, L. (2010). *Psicología para el docente*. México. Editorial Universidad de Guanajuato.

El Sahili, L. (2011). *Burnout Profesional*. Editorial Helénica S.A.

Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. España. Ediciones Gamma.

Finne, L.; Christensen, J. y Knardahl, S. (2014) Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress: A Prospective Study. *PLoS ONE*, 9 (07), e102514. Norway. Doi: 10.1371/journal.pone.0102514.

G. Antoniou, A. y Cooper, C. (2005). *Research Companion to Organizational Health Psychology*. E.U.A. New Horizons in Management.

Galán, S. y Camacho, E. (2012). *Estrés y salud. Investigación básica y aplicada*. México. Editorial Manual Moderno.

Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (01), 76-102. Colombia.

Gamonal, Y.; García, C. y Silva, Z. (2008). *Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas*. *Rev. Enferm. Herediana*, 01 (01), 33-39. Perú.

García, C. (2006). *Estrés laboral en personal de la unidad de emergencia gineco-obstetrica*. Hospital Clínico Regional Valdivia. (Tesis para optar el título de licenciatura en Obstetricia y Puericultura). Universidad Austral de Chile, Chile: Consultado en:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmg216e/doc/fmg216e.pdf>

[Gazcón, S., Olmedo, M. y Giccotelli, H. \(2000\). La prevención del burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8\(1\), 55-66. España. Consultado en: http://aepcp.net/arc/04.2003\(1\).Gascon-Olmedo-Ciccotelli.pdf](http://aepcp.net/arc/04.2003(1).Gascon-Olmedo-Ciccotelli.pdf)

Golkar, A.; Johansson, E.; Kasahara, M.; Osika, W.; Perski, A. y Savic, I. (2014). The Influence of Work-Related Chronic Stress on the Regulation of Emotion and on Functional Connectivity in the Brain. *PLoS ONE*, 9 (09), e104550. Sweden. Doi: 10.1371/journal.pone.0104550.

Gómez, C.; Incio, O. y O'Donnell, G. (2011). *Niveles de satisfacción laboral en banca comercial, un caso en estudio*. (Tesis de grado de Magíster en Administración estratégica de empresas). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Consultado en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4552/GOMEZ_INCIO_ODONNELL_BANCA_COMERCIAL.pdf;jsessionid=101E238D5C1C686B9985DE518A0058B3?sequence=1

Holmes, T. y Rahe, R. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. E.U.A. Consultado en: [http://www.jpsychores.com/article/0022-3999\(67\)90010-4/abstract](http://www.jpsychores.com/article/0022-3999(67)90010-4/abstract)

Kaplan, H. y Sadock, B. (2001). *Comprehensive textbook of psychiatry*. E.U.A. Lippincott Williams and Wilkins Editions.

Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. E.U.A. Board Editorial.

Llaneza, F. (2009). *Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la formación del especialista*. España. Editorial Lex Nova.

López, M.; García, S. y Pando, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y burnout en población económicamente activa de Lima, Perú. *Ciencia y Trabajo*, 16 (51), 164-169. Chile. Consultado en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Factores-de-Riesgo-Psicosocial-y-Burnout-en-Poblacion-Economicamente-Activa-de-Lima-Peru.aspx>

Medicinas Alternativas. (2014). *Estrés y fatiga crónica*. Argentina. Ediciones Lea.

Melgosa, J. (2006). *!Sin Estrés!*. España. Editorial Safeliz.

Meza, M. (2003). Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 25 (1), Costa Rica: Consultado en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/7.pdf>

Neff, W. (2009). *Work & Human Behavior*. U.K. Aldine Transaction

Non, A.; Rimm, E.; Kawachi, I.; Rewak, M. y Kubzansky, Laura. (2014). The Effects of stress at work and at home on Inflammation and Endothelial Dysfunction. *PloS ONE*, 9 (4). Doi: 10.1371/journal.pone.0094474.

Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México. Editorial Plaza y Valdés.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. Editorial CENGAGE Learning

Olivares, J.; Matta, C.; Choy, J.; Ronquillo, W. y Maldonado, M. (2006). Satisfacción laboral de docentes universitarios del departamento académico de clínica estomatológica. *Revista Estomatológica Herediana*, 16(1), 21-25. Perú: Consultado en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1927/1934>

Oramas, A. (2013). *Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria*. (Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud). Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba. Consultado en: [http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis -
_ARLENE_ORAMAS_VIERA.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis_-_ARLENE_ORAMAS_VIERA.pdf)

Ortega, M.; Ortiz, G. y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(01), 5-16. México: Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf>

Otero-López, J. (2015). *Estrés laboral y Burnout en profesores de Enseñanza Secundaria*. España. Ediciones Díaz de Santos.

- Pérez, M. (1998). *Psicobiología*. España. Ediciones Universidad de Barcelona.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Consultado en: <http://www.rae.es>
- Reyes, L. (2012). *Autoestima y síndrome de Burnout en el personal de una empresa de autoservicio Piura*. (Tesis para optar el grado de Licenciado en Psicología). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Piura, Perú. Consultado en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/332/1/TL_Reyes_Aguinaga_LucianadelCarmen.pdf
- Sahraian, A.; Fazelzadeh, A.; Mehdizadeh, A. y Toobae, S. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55(1), 62-67. Iran: Consultado en: https://www.researchgate.net/publication/5575570_Burnout_in_hospital_nurses_a_comparison_of_internal_surgery_psychiatry_and_burns_wards
- Sanchez, K.; Rudi, L. y Sandoval, M. (2015). Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencia prehospitalario del programa de Sistema de atención móvil de urgencias-Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Revista de enfermería Herediana*, 8(2), 116-121. Perú.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Perú. Editorial Visión Universitario.
- Sierra, J.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Brasil. Consultado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

- Valenzuela, A. (2010). *Síndrome de Burnout de identificación de los factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco* (Tesis de grado para optar el Título profesional de Médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma, Perú. Consultado en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/240/1/valenzuela_ah.pdf
- Vásquez-Manrique, J.; Maruy-Saito, A. y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. *Rev Neuropsiquiatr.* 77 (3), 168-174. Consultado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>
- Umene-Nakano, W.; Kato, T.; Kikuchi, S.; Tateno, M.; Fujisawa, D.; Hoshuyuma, T. y Nakamura, J. (2013). Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan. *PLoS ONE*, 8 (2), e55189. doi: 10.1371/journal.pone.0055189
- Vidal, J. (2006). *Psiconeuroinmunología*. España. Ediciones Universidad de Barcelona.
- Wessells, D.; Kutscher, A.; Seeland, I.; Selder, F.; Cherico, D. y Clark, E. (1989). *Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions*. E.U.A. The Haworth Press Edition.
- Yanes, J. (2008). *El control del estrés y mecanismo del miedo*. España. Editorial Edaf.

ANEXOS 1

HABILIDADES DIRECTIVAS

FICHA TÉCNICA CONTROL DE ESTRÉS

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.

ANEXO 2

HABILIDADES DIRECTIVAS

FICHA TÉCNICA CONTROL DE ESTRÉS

9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

ANEXO 3

	area_trabajo	año_experiencia	profesion	tiempo_trabajando
1	1	30	1	30
2	1	2	1	1
3	1	15	1	15
4	1	29	1	25
5	1	23	1	23
6	1	11	1	12
7	1	28	1	20
8	1	28	2	30
9	1	12	2	14
10	1	5	2	5
11	1	12	2	6
12	1	28	3	26
13	1	30	3	30
14	1	18	3	22
15	2	24	1	24
16	2	7	1	7
17	2	5	1	5
18	2	2	1	5
19	2	20	3	12
20	2	15	2	7
21	2	35	2	35
22	2	5	3	5
23	2	9	2	9
24	2	2	2	1
25	2	30	3	10
26	2	6	3	5
27	2	5	3	5
28	2	18	3	18
29	2	10	2	10
30	2	3	2	5
31	2	35	3	30
32	2	15	2	2
33	2	2	1	33
34	2	25	1	4
35	2	30	1	35
36	2	30	1	30
37	2	24	2	24
38	2	20	1	33
39	2	30	1	30

ANEXO 4

	edad	sexo	estado_civil	perc_agot	perc_desper	perc_reali
1	61	11		35	50	55
2	34	22		50	65	40
3	51	11		65	65	20
4	62	11		80	95	4
5	51	11		55	60	20
6	52	21		25	50	1
7	56	21		70	60	3
8	61	11		70	80	5
9	50	22		65	75	35
10	30	21		85	80	5
11	51	21		45	60	65
12	54	11		60	80	5
13	62	21		55	80	15
14	45	22		40	65	2
15	62	11		45	55	15
16	51	21		40	60	65
17	49	22		80	90	65
18	32	21		70	75	15
19	42	21		55	80	5
20	48	21		35	50	50
21	64	22		35	45	30
22	28	22		45	65	40
23	34	21		45	65	45
24	27	22		70	70	10
25	67	22		40	65	5
26	40	22		50	85	1
27	30	21		45	70	25
28	40	22		60	85	15
29	38	21		45	85	25
30	45	22		35	80	30
31	52	21		45	85	3
32	38	22		40	85	2
33	65	11		60	80	10
34	54	13		65	85	15
35	65	21		40	95	10
36	62	11		25	85	15
37	48	21		25	96	35
38	68	22		40	65	5
39	62	11		65	90	5

ANEXO 5

	Nivel_Agot	Niv_Reali	Niv_Desper	filter_S
1	2.00	4.00	3.00	0
2	3.00	2.00	4.00	0
3	4.00	1.00	4.00	0
4	5.00	1.00	5.00	0
5	4.00	1.00	4.00	0
6	1.00	1.00	3.00	0
7	4.00	1.00	4.00	0
8	4.00	1.00	5.00	0
9	4.00	2.00	4.00	0
10	5.00	1.00	5.00	0
11	2.00	4.00	4.00	0
12	4.00	1.00	5.00	0
13	4.00	1.00	5.00	0
14	2.00	1.00	4.00	0
15	2.00	1.00	4.00	0
16	2.00	4.00	4.00	0
17	5.00	4.00	5.00	0
18	4.00	1.00	4.00	0
19	4.00	1.00	5.00	0
20	2.00	3.00	3.00	0
21	2.00	2.00	2.00	0
22	2.00	2.00	4.00	0
23	2.00	2.00	4.00	0
24	4.00	1.00	4.00	0
25	2.00	1.00	4.00	0
26	3.00	1.00	5.00	0
27	2.00	1.00	4.00	0
28	4.00	1.00	5.00	0
29	2.00	1.00	5.00	0
30	2.00	2.00	5.00	0
31	2.00	1.00	5.00	0
32	2.00	1.00	5.00	0
33	4.00	1.00	5.00	0
34	4.00	1.00	5.00	0
35	2.00	1.00	5.00	0
36	1.00	1.00	5.00	0
37	1.00	2.00	5.00	0
38	2.00	1.00	4.00	0
39	4.00	1.00	5.00	0

ANEXO 6

	area_trabajo	año_experiencia	profesion	tiempo_trabajando
40	2	2	1	2
41	2	30	3	30
42	2	34	3	34
43	2	12	3	15
44	2	28	1	28
45	2	25	3	26
46	2	24	1	24
47	2	30	1	30
48	3	27	2	27
49	3	12	1	12
50	3	5	2	6
51	3	11	4	11
52	3	16	4	16
53	3	33	3	33
54	3	28	3	28
55	3	2	1	2
56	3	10	2	10
57	3	21	4	20
58	3	25	1	30
59	3	32	1	32
60	3	22	2	22
61	3	12	3	14
62	3	7	1	7
63	3	2	2	5
64	3	35	3	35
65	3	15	2	2
66	3	15	1	3
67	3	30	1	28
68	3	34	1	34
69	3	23	2	25
70	3	7	3	5
71	3	37	1	38
72	3	4	2	6
73	3	12	2	15
74	3	10	2	10
75	3	8	3	10
76	3	13	2	13
77	3	7	3	10
78	3	8	2	6

ANEXO 7

	edad	sexo	estado_civil	perc_agot	perc_desper	perc_reali
40	30	1	2	70	70	10
41	60	2	2	55	85	15
42	58	2	1	35	75	5
43	45	1	1	65	65	20
44	64	1	1	60	70	5
45	69	1	1	70	85	5
46	68	1	1	75	50	20
47	68	1	1	60	60	5
48	52	2	1	35	45	60
49	50	2	1	40	60	35
50	41	2	2	35	50	3
51	41	2	1	30	50	60
52	48	2	1	25	65	15
53	52	2	1	20	45	50
54	53	2	1	35	65	10
55	28	2	1	70	85	30
56	37	2	2	25	45	30
57	47	2	2	45	60	25
58	67	1	1	55	85	45
59	62	2	1	45	65	70
60	49	2	2	20	45	70
61	48	2	1	50	75	25
62	38	2	1	85	85	25
63	30	2	2	50	70	15
64	52	2	1	40	50	30
65	38	2	2	40	85	2
66	48	1	1	45	95	5
67	64	1	1	35	65	25
68	67	1	1	65	65	15
69	56	1	1	55	70	5
70	48	2	2	65	85	5
71	67	1	1	55	70	3
72	45	2	2	40	90	1
73	49	1	1	65	80	2
74	35	1	1	65	80	2
75	26	2	2	70	85	1
76	30	1	1	55	90	2
77	47	2	1	60	90	2
78	45	2	1	45	70	3

ANEXO 8

	Nivel_Agot	Niv_Reali	Niv_Desper	filter_\$
40	4.00	1.00	4.00	0
41	4.00	1.00	5.00	0
42	2.00	1.00	4.00	0
43	4.00	1.00	4.00	0
44	4.00	1.00	4.00	0
45	4.00	1.00	5.00	0
46	4.00	1.00	3.00	0
47	4.00	1.00	4.00	0
48	2.00	4.00	2.00	0
49	2.00	2.00	4.00	0
50	2.00	1.00	3.00	0
51	2.00	4.00	3.00	1
52	1.00	1.00	4.00	1
53	1.00	3.00	2.00	0
54	2.00	1.00	4.00	0
55	4.00	2.00	5.00	0
56	1.00	2.00	2.00	0
57	2.00	1.00	4.00	1
58	4.00	2.00	5.00	0
59	2.00	4.00	4.00	0
60	1.00	4.00	2.00	0
61	3.00	1.00	4.00	0
62	5.00	1.00	5.00	0
63	3.00	1.00	4.00	0
64	2.00	2.00	3.00	0
65	2.00	1.00	5.00	0
66	2.00	1.00	5.00	0
67	2.00	1.00	4.00	0
68	4.00	1.00	4.00	0
69	4.00	1.00	4.00	0
70	4.00	1.00	5.00	0
71	4.00	1.00	4.00	0
72	2.00	1.00	5.00	0
73	4.00	1.00	5.00	0
74	4.00	1.00	5.00	0
75	4.00	1.00	5.00	0
76	4.00	1.00	5.00	0
77	4.00	1.00	5.00	0
78	2.00	1.00	4.00	0

ANEXO 9

	area_trabajo	año_experiencia	profesion	tiempo_trabajando
79	3	11	4	11
80	3	18	4	18
81	3	28	1	32
82	3	30	1	14
83	3	15	4	14
84	3	32	4	32
85	3	11	3	7
86	3	22	4	22
87	3	16	3	16
88	3	21	3	20
89	3	11	4	11
90	3	5	4	7
91	3	15	2	15
92	3	17	2	17
93	3	34	3	34
94	3	15	2	15

ANEXO 10

miriam.sav

	edad	sexo	estado_civil	perc_agot	perc_desper	perc_reali
79	39	2	1	40	85	2
80	57	1	1	70	50	25
81	54	2	1	60	90	5
82	60	1	1	70	90	35
83	46	2	2	40	45	50
84	59	1	1	60	60	55
85	39	2	1	60	50	35
86	52	1	1	60	70	25
87	50	2	1	85	70	25
88	48	1	1	45	50	25
89	39	2	1	70	90	3
90	48	2	1	60	65	25
91	49	1	1	70	90	5
92	52	2	1	60	90	3
93	58	2	1	85	85	1
94	49	1	1	55	60	3

ANEXO 11

miriam.sav

	Nivel_Agot	Niv_Reali	Niv_Desper	filter_\$
79	2.00	1.00	5.00	1
80	4.00	1.00	3.00	1
81	4.00	1.00	5.00	0
82	4.00	2.00	5.00	0
83	2.00	3.00	2.00	1
84	4.00	4.00	4.00	1
85	4.00	2.00	3.00	0
86	4.00	1.00	4.00	1
87	5.00	1.00	4.00	0
88	2.00	1.00	3.00	0
89	4.00	1.00	5.00	1
90	4.00	1.00	4.00	1
91	4.00	1.00	5.00	0
92	4.00	1.00	5.00	0
93	5.00	1.00	5.00	0
94	4.00	1.00	4.00	0

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema general</p> <p>¿Existe deferencia significativa del burnout entre las áreas de trabajo en el personal de Salud del Hospital?</p>	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir la diferencia del cansancio emocional, según las áreas de Trabajo del Hospital Nacional. - Describir la deferencia de la despersonalización, según las áreas de Trabajo del Hospital Nacional. - Describir la deferencia de la realización Personal, según las áreas de Trabajo del Hospital Nacional. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las diferencias del cansancio emocional, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional. - Describir las diferencias de la despersonalización según el sexo de los Trabajadores del Hospital Nacional. 	<p>Hipótesis general</p> <ul style="list-style-type: none"> - H1: Existe diferencia significativa en el cansancio emocional, según el área de Trabajo de los trabajadores del Hospital Nacional. - H1o: No existe diferencia significativa en el cansancio emocional, según el área de Trabajo de los Trabajadores del Hospital Nacional. -H2i: Existe diferencia significativa en la despersonalización, según el área de Trabajo de los Trabajadores del Hospital Nacional. - H2o: No Existe diferencia significativa en la despersonalización, según el área de trabajo de los Trabajadores del Hospital Nacional. - H3i: Existe diferencia significativa en la realización personal, según el áreas de Trabajo de los Trabajadores del Hospital Nacional. 	<p>Variable a estudiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - EL ESTRÉS - Variable a controlar: - Tiempo de trabajo (no menor a tres meses). - Tiempo y Espacio de evaluación (Que las personas estén lo más calmadas posibles antes de ser evaluadas).

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIBLE
<p>Problema general</p> <p>¿Existe deferencia significativa del burnout entre las áreas de trabajo en el personal de Salud del Hospital?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las diferencias de la realización personal, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional. - Describir las diferencias del cansancio emocional, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional. - Describir las diferencias de la despersonalización, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional. - Describir las diferencias de la realización personal, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional. 	<p>Hipótesis general</p> <p>- H3o: No existe diferencia significativa en la despersonalización según el área de trabajo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>Hipótesis Secundarias</p> <p>- H4i Existe diferencia significativa en el cansancio emocional, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H4o: No existe diferencia significativa en el cansancio emocional, según el sexo de los trabajadores.</p> <p>-H5i: Existe diferencia significativa en la despersonalización según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p>	

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema general</p> <p>¿Existe deferencia significativa del burnout entre las áreas de trabajo en el personal de Salud del Hospital?</p>	<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Hipótesis Secundaria</p> <p>- H5o: No existe diferencia significativa en la despersonalización, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H6i: Existe deferencia significativa en la realización personal, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H6o: No existe diferencia significativa en la realización personal, según el sexo de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H7i: Existe diferencia significativa en el cansancio emocional, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H7o: No existe deferencia significativa en el cansancio emocional, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p>	<p>Variable</p>

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema General</p> <p>¿Existe diferencia significativa del burnout entre las áreas de trabajo en el personal de Salud del Hospital?</p>	<p>Objetivo Especifico</p>	<p>Hipótesis Secundaria</p> <p>-H8i: Existe diferencia significativa en la despersonalización, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H8o: No existe diferencia significativa en la despersonalización, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H9i: Existe diferencia significativa en la realización personal, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p> <p>-H9o: No existe diferencia significativa en la realización personal, según el tipo de profesión de los trabajadores del Hospital Nacional.</p>	<p>Variable</p>