



VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO

TESIS:

**SOBRECARGA LABORAL Y SU RELACION CON EL
SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UNA
ENTIDAD DE SERVICIO DE SALUD “GOOD HOPE”-
LIMA, AÑO 2018.**

PRESENTADO POR:

BACH: SHEILA GABRIELA TORREBLANCA GARCIA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN SALUD OCUPACIONAL**

LIMA – PERÚ

2019



VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO

TÍTULO DE LA TESIS:

**SOBRECARGA LABORAL Y SU RELACION CON EL
SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UNA
ENTIDAD DE SERVICIO DE SALUD “GOOD HOPE”-LIMA,
AÑO 2018.**

AREA DE INVESTIGACION:

SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGIA Y BIOETICA

ASESOR: DR JORGE LUIS BRINGAS SALVADOR

2019

DEDICATORIA

A mi hija Flavia y a mis padres José y Zoila

AGRADECIMIENTO

Al Supremo Hacedor, por darme su luz, para seguir adelante enseñándome a encarar y enfrentar las dificultades de la vida, sin perder nunca los valores éticos y morales.

RECONOCIMIENTO

Al personal docente y administrativo y a la Universidad “Alas Peruanas”, por darme la oportunidad de ser estudiante de esta prestigiosa casa de estudios, que me permitió obtener el Grado Académico de Maestro en Salud Ocupacional.

INDICE	PAGS.
Área de investigación.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Reconocimiento.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	14
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
1.2.1 Delimitación Espacial.....	17
1.2.2 Delimitación Social.....	17
1.2.3 Delimitación Temporal.....	17
1.2.4 Delimitación Conceptual.....	17
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	
1.3.1 Problema Principal.....	17
1.3.2 Problemas Secundarios.....	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1 Objetivo General.....	18
1.4.2 Objetivos Específicos.....	18
1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.	
1.5.1 Justificación.....	19
1.5.2 Importancia.....	20
1.5.3 Factibilidad.....	20
1,5,4 Limitaciones.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.	
2.1 Antecedentes del Problema.....	21
2.2 Bases Teóricas o Científicas.....	33
2.3 Definición de Términos Básicos.....	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis general.....	42
3.2 Hipótesis secundarias.....	42
3.3 Definición conceptual y operacional de las variables.....	42
3.4 Cuadro de operacionalización de variables.....	44

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 Enfoque de la investigación.....	45
4.1.2 Tipo de Investigación.....	45
4.1.3. Nivel de Investigación.....	46

4.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

4.2.1 Métodos de Investigación.....	46
4.2.2 Diseño de la Investigación.....	46

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 Población.....	47
4.3.2 Muestra.....	47

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnicas.....	48
4.4.2 Instrumentos.....	49
4.4.3 Validez y confiabilidad.....	49
4.4.4 Procesamiento y análisis de datos.....	51
4.4.5 Ética en la investigación.....	51

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

DE RESULTADOS:

5.1 Análisis descriptivo.....	52
5.1.1 Análisis inferencial.....	73
5.2 Discusión de resultados.....	79
5.3 Conclusiones.....	86
5.4 Recomendaciones.....	88
5.5 Referencias Bibliográficas.....	89

ANEXOS

1. Matriz de consistencia.....	91
2. Instrumento de la recolección de datos con variables, dimensiones e Indicadores.....	92
3. Validación de instrumento.....	94
4. Tabla de prueba de validación.....	99
5. Copia de datos procesados.....	100
6. Consentimiento informado.....	101
7. Autorización de la entidad.....	102
8. Declaratoria de autenticidad de plan de tesis.....	103

Índice de tablas:

Tabla 01: Operacionalización de variables.....	44
Tabla 02: Correlación de Alfa de Cronbach.....	50
Tabla 03: Áreas de estudio.....	52
Tabla 04: Grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope..	53
Tabla 05: Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope.....	54
Tabla 06: Forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope.....	55
Tabla 07: Índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope.....	56
Tabla 08: Grado de ausentismo laboral por descanso médico en la Clínica Good Hope.....	57
Tabla 09: Tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope.....	58
Tabla 10: Tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope.....	59
Tabla 11: Índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope.....	60
Tabla 12: Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope.....	61
Tabla 13: Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope.....	62
Tabla 14: Nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope.....	63
Tabla 15: Pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope....	64
Tabla 16: Índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope....	65
Tabla 17: Índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope.....	66
Tabla 18: Frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	67
Tabla 19: Principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	68
Tabla 20: Principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	69
Tabla 21: Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	70
Tabla 22: Índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope....	71
Tabla 23: Prueba de normalidad.....	73
Tabla 24: Contrastación de la hipótesis general.....	74
Tabla 25: Contrastación de la primera hipótesis secundaria.....	75
Tabla 26: Contrastación de la segunda hipótesis secundaria.....	76
Tabla 27: Contrastación de la tercera hipótesis secundaria.....	77
Tabla 28: Contrastación de la cuarta hipótesis secundaria.....	78

Índice de figuras:

Figura 01: Áreas de estudio.....	52
Figura 02: Grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope,	54
Figura 03: Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope.....	55
Figura 04: Forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope.....	56
Figura 05: Índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope.....	57
Figura 06: Grado de ausentismo laboral por descanso médico en la Clínica Good Hope.....	58
Figura 07: Tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope.....	59
Figura 08: Tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope.....	60
Figura 09: Índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope.....	61
Figura 10: Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope.....	62
Figura 11: Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope.....	63
Figura 12: Nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope.....	64
Figura 13: Pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope....	65
Figura 14: Índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope....	66
Figura 15: Índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope	67
Figura 16: Frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	68
Figura 17: Principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	69
Figura 18: Principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	70
Figura 19: Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.....	70
Figura 20: Índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope...	71

RESUMEN:

El **Objetivo** fue determinar la relación de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud, 2018. **Tipo de estudio** fue básico, una población de 300 trabajadores, muestra de 169. El **Instrumento** fue la ficha de registro de ausentismo, validada por cinco expertos. Las **Dimensiones** fueron: Actividad laboral de mayor relación, ausentismo por descanso médico, rotación de personal, incremento de pacientes, depresión, estrés, ansiedad. **Resultados:** La frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout 46.15% es medio, 23.08% bajo, 15.38% muy alto, y 7.69% alto y muy alto respectivamente. Las principales causas del síndrome de Burnout fueron el 48.52% es por dedicación laboral, 24.85% son individuales, 16.57% es por ambiente laboral, y 10.06% es pro genética, Las principales alteraciones por el síndrome de Burnout con 32.54% por estados depresivos, 23.67% dificultades de concentración, 17.75% por irritabilidad, 11.83% por falta de paciencia, 5.92% falta de confianza y baja autoestima respectivamente y el 2.37% por sentimientos encontrados. Grado ausentismo laboral por descanso medico el 26.04% bajo, 24.26% muy bajo, 17.75% alto, y con el 9.47% bajo. El índice de rotación de personal con el 56.21% es muy bajo, 20.12% bajo, 9,47{5 medio y muy alto respectivamente, y con el 4.73% alto. **Conclusiones:** Según Rho de Spearman, el 0.152 es una correlación positiva baja entre el índice de sobrecarga laboral y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y el nivel de significancia 0.049, menor de 0.05 nos permite confirmar que: La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout. El valor de 0.532 establece una correlación positiva moderada y el nivel de significancia, 0.048 menor de 0.05; indica que la actividad laboral está relacionada con el síndrome de Burnout. El valor -0.532 es una correlación negativa y de acuerdo al nivel de significancia 0.048 menor 0.05; el ausentismo por descanso médico está relacionada con el síndrome de Burnout. El valor de -0.157 es una correlación y de acuerdo al nivel de significancia 0.041 menor de $p= 0.05$, la rotación del personal está relacionada con el síndrome de Burnout. El valor de 0.154 es una correlación positiva baja y de acuerdo al nivel de significancia 0.045 menor de 0.05

confirmamos que el Incremento de pacientes se relaciona con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud, 2018.

Palabras claves: Síndrome, sobrecarga laboral, alteraciones, ausentismo, correlación.

ABSTRACT

The **objective** was to determine the relationship of work overload with Burnout syndrome in workers of a health service entity, 2018. **Type** of study was basic, a population of 300 **workers**, sample of 169. The **instrument** was the registration form of absenteeism, validated by five experts. The **Dimensions** were: Work activity of greater relationship, absenteeism due to medical rest, staff turnover, increase in patients, depression, stress, anxiety. **Results:** The frequency of the presentation of Burnout syndrome 46.15% is medium, 23.08% low, 15.38% very high, and 7.69% high and very high respectively. The main causes of Burnout syndrome were 48.52% is due to work dedication, 24.85% are individual, 16.57% is due to work environment, and 10.06% is pro genetic, The main changes due to Burnout syndrome with 32.54% due to depressive states, 23.67% concentration difficulties, 17.75% due to irritability, 11.83% due to lack of patience, 5.92% lack of confidence and low self-esteem respectively and 2.37% due to mixed feelings. Degree absenteeism due to medical rest 26.04% low, 24.26% very low, 17.75% high, and with 9.47% low. The turnover rate with 56.21% is very low, 20.12% low, 9.47% {5 medium and very high respectively, and with 4.73% high. **Conclusions:** According to Rho de Spearman, 0.152 is a low positive correlation between the work overload index and the main alterations due to Burnout syndrome, and the 0.049 level of significance, less than 0.05 allows us to confirm that: Work overload is related with Burnout syndrome. The value of 0.532 establishes a moderate positive correlation and the level of significance 0.048 less than 0.05; indicates that work activity is related to Burnout syndrome. The value -0.532 is a negative correlation and according to the 0.048 level of significance less 0.05; Absenteeism due to medical rest is related to Burnout syndrome. The value of -0.157 is a correlation and according to the 0.041 level of significance less than $p = 0.05$, staff turnover is related to Burnout syndrome. The value of 0.154 is a low positive correlation

and according to the level of significance 0.045 less than 0.05 we confirm that the increase in patients is related to Burnout syndrome in a health service entity, 2018.

Keywords: Syndrome, work overload, alterations, absenteeism, correlation

INTRODUCCIÓN

En la actualidad con el avance de la ciencia y la tecnología permite que las organizaciones se encuentran en constante cambio y crecimiento, por ello requieren del personal adecuado para continuar con sus operaciones las mismas que permitan mantener una estructura de eficiencia y eficacia laboral. En la investigación buscaremos establecer la relación entre la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018, para lo cual a continuación se hace conocer el desarrollo de la temática mediante capítulos:

Capítulo I: Se presenta el título del tema y la identificación de la problemática de la investigación en el contexto laboral y las consecuencias relacionadas al síndrome de Burnout, planteándose los objetivos que la encaminarán, de tal manera que los resultados que se obtengan respondan a las preguntas establecidas. Se detalla la justificación, la factibilidad y las para la ciencia de la gestión y futuras investigaciones.

Capítulo II: Hace referencia al marco teórico que será la base de la investigación, en el cual se definen los conceptos de sobre carga laboral y el síndrome de Burnout, los modelos que abarcan el tema planteado y las clasificaciones. Esto servirá para la selección de la metodología que más se adecúe a este estudio. Además, la bibliografía consultada permitió determinar el alcance de la investigación y el impacto financiero que tiene este tema.

Capítulo III: Desarrolla el marco contextual en él se busca relacionar a las diferentes actividades laborales, así como la sobre carga laboral frente a las consecuencias que para nuestro problema es el síndrome de Burnout.

Capítulo IV: Se hace conocer la metodología que debe ser aplicada en la investigación en la que se señala tanto el enfoque, tipo, y nivel, así como el método y diseño de la investigación, además la técnica y los instrumentos que determinarán el análisis de los resultados del tema investigado.

Capítulo V: Se muestran los hallazgos de la “investigación después del estudio de campo realizado. Estos se presentan detallados para el enfoque cuantitativo para determinar el perfil a investigar. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación en base al análisis de los resultados obtenidos”.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Gómez realizó una investigación en Colombia con el objetivo de identificar la prevalencia de los factores psicosociales en el trabajo por medio de una muestra de 251 profesores de escuelas privadas de Bogotá; la muestra fue mixta y como instrumento de medición se utilizaron el JCO, ERI y GHQ. Sus principales resultados revelaron que el 35,5% de la muestra calificó a su trabajo como de alta tensión y el 21,6% lo distinguió como pasivo. Por lo que el 57,1% de la muestra visualizó su trabajo como estresor, lo que podría provocar alteraciones en la salud por riesgos psicosociales a nivel laboral. Además, el 22,3% de los participantes reconoció en su trabajo un desbalance entre el esfuerzo y la recompensa. Concluyó que las condiciones psicosociales laborales generan malestar en los y las docentes estudiados/as (p. 45)

En Venezuela en el 2008, Rodríguez realizó un estudio de casos, con el objetivo de determinar los factores psicosociales de riesgos a los cuales estaban expuestos los trabajadores del departamento de finanzas de una empresa de químicos. La muestra fue de 10 trabajadores y como instrumento de recolección de información se utilizó ISTAS 21 (versión corta). Dentro de sus resultados se subrayó que en un 90% los trabajadores sienten que su trabajo no es reconocido, ni reciben trato justo y adecuado. Además, el 70% percibió un nivel de exposición psicosocial desfavorable para su salud e inseguridad en su quehacer. El investigador recomendó a la institución investigada

revisar los aspectos alterados en el estudio, ya que pueden incidir en la salud de los trabajadores² (p.46)

Hackman (1992) desde el primer día de trabajo, a la persona se le presenta una cantidad considerable de información con la que la organización quiere 17 comunicarle las expectativas que tiene sobre sus roles. Parte de esa información se le presenta mediante una descripción escrita del puesto y comunicación regular con sus superiores, sin embargo, afirma que los trabajadores reciben también diversas comunicaciones informales (los llamados estímulos discrecionales), que tienen por finalidad configurar sus roles en la organización. El proceso de definición del rol de un trabajador debe realizarse de tal manera que éste tenga claro cuál es su función. Pero muchas veces no ocurre así, y a los trabajadores les falta claridad sobre su rol: es lo que habitualmente se llama ambigüedad de rol.(p. 16)¹.

En el contexto latinoamericano se encuentran estudios como el realizado en Brasil por Barcellos y cols., quienes mostraron las frecuencias de los diferentes tipos de riesgos ocupacionales referidos por los y las trabajadores/as de unidades de Urgencia y Emergencia. Los profesionales encuestados reconocieron como principal riesgo en su desempeño diario, el psicosocial en un 50%, seguido de riesgos biológicos con un 32,9% (130). (pág. 48).

Los trabajadores que perciben una ambigüedad de rol tienden a estar insatisfechos con su trabajo, ansiosos y tensos, plantean numerosas quejas de problemas somáticos, tienden a estar ausentes del trabajo y pueden acabar abandonando el empleo. A una sobrecarga de roles le suele corresponder sobre todo el agotamiento físico y emocional, además los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que las personas sobrecargadas (medida la sobrecarga en horas de trabajo) pueden tener un mayor riesgo de enfermedades”. Como en muchos casos la ambigüedad se debe a una comunicación deficiente, es necesario 18 tomar medidas para transmitir de una manera más eficaz las exigencias del puesto” (Stellman 1998.p.34.31)¹.

En el Perú según “la resolución de gerencia general N° 1311 GG- ESSALUD 2014 directiva de gerencia general N° 015-GG-ESSALUD- 2014, normas y procedimientos para la emisión y registro de control de la certificación médicas por incapacidad y maternidad en EESALUD, en caso de contingencias comunes todo asegurado o persona afiliada debe presentar el certificado médico, para que sea válido el documento se debe gestionar un serie de documentos numerados como: anexo N° 10 denominado formulario para tramite de validación de certificados médicos, con datos personales del paciente, diagnóstico con una breve descripción codificado con el CIE 10, el tiempo de incapacidad, fecha que se le da el certificado médico, firma, sello y colegio del médico tratante, si en caso sea especialista debe incluir su colegio médico de especialidad⁵

El Colegio de Enfermeros de Perú, a fin de direccionar, articular e integrar la gestión de Enfermería, orientado a brindar un cuidado enfermero de calidad, y teniendo base legal la Ley N° 27669 de Trabajo de la Enfermera y la Resolución N° 141 87 CN/CEP, desarrolló un documento técnico normativo que estandariza los procedimientos administrativos de dotación de personal basado en un estudio 19 técnico de oferta y demanda de los servicios de salud (Normas de Gestión de calidad del Cuidado 2008).

Con relación a la inhabilidad por enfermedad laboral, los países que integran la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) se estima que el promedio de la ausencia al trabajo es de 11 días al año, según Guihard en Chile el ausentismo es de 15.6 días, con 6 días Holanda es el país con menos ausentismo(5). Adicional a lo ya mencionado anteriormente Adecco informa que, los 10 países que presentaron un gran porcentaje de ausentismo por causas justificada en el 2013 son; china con un 71%,52 % EE. UU., %Canadá, 43% Reino Unido, 18.3 %Alemania, 62% india ,20.3%Noruega, 24%, Finlandia y finalmente Australia con el 58%”. El promedio de la no asistencia al trabajo entre los países de Latino América como, Chile, Brasil, México, Colombia, Uruguay y Perú es de 9.18%.por inasistencia con excusas falsas. Se encontró que, el último semestre el 32.01% de peruanos se ausento entre uno y tres días en su centro de trabajo dejándolas de lado las falta injustificadas⁵.

Los Servicios de Salud de Lima, no son ajenos a la problemática de sobrecarga laboral por lo que es conveniente conocer la relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de Salud en Lima, a fin de obtener resultados que nos permitan discutir con los autores de los antecedentes de la investigación a fin de establecer recomendaciones que permitan prevenir este grave problema de salud.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La presente investigación: Sobrecarga laboral y su relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018.

1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

Estará relacionada a todo el personal que labora en una entidad de Servicio de Salud de Lima – Perú, 2018.

1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El tiempo para el desarrollo de la presente investigación será desde el 01 octubre 2018 al 30 de abril del 2018.

1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó bibliografía de carácter científico que nos permite establecer la verdadera relación entre las variables, así como el planteamiento de problemas objetivos e hipótesis. Además, se estableció los conceptos de los diferentes dimensiones e indicadores.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios:

- ¿Cuál es la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?
- ¿Cuál es la relación del ausentismo por descanso medico con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?
- ¿Cuál es la relación de la rotación del personal con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?
- ¿Cuál es la relación del Incremento de pacientes con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Establecer la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018

- Fijar la relación del ausentismo por descanso médico y el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018
- Precisar la relación de la rotación del personal y el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018
- Encontrar la relación del Incremento de pacientes y el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1 JUSTIFICACIÓN

- **Justificación teórica.**

En la “*investigación hay una justificación* teórica cuando el propósito del estudio es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, confrontar una teoría, contrastar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente.

Un trabajo investigativo tiene justificación teórica cuando se cuestiona una teoría administrativa o económica, es decir los principios que soportan su proceso de implantación. Cuando en una investigación se busca mostrar la solución de un modelo, está haciéndose una justificación teórica, o cuando en una investigación se propone nuevos paradigmas (ejemplos, modelos, ejemplares).

- **Justificación Práctica.**

Se considera que una investigación tiene una “justificación práctica, cuando su desarrollo ayuda a resolver un problema o, por lo menos propone estrategias que al aplicarse contribuirían a resolverlo.

Cuando un trabajo de grado se orienta a conocer los factores de motivación más utilizados en un determinado sector económico o una empresa, su justificación es práctica, porque, al igual que en el caso del análisis del sector, la información sirve para actuar sobre la empresa, para mejorar o realizar cambios que contribuyan a mejorar la producción

- **Justificación Metodológica.**

En una investigación científica, la justificación metodológica del estudio se da cuando el proyecto por realizar propone un nuevo método o una nueva estrategia para generar conocimiento válido y confiable. Si un estudio se propone buscar nuevos métodos o técnicas para generar conocimientos, busca nuevas forma de hacer investigación, entonces podemos decir que la investigación tiene una justificación metodológica.

La justificación en la investigación que se desarrollara es indispensable, por lo que se le debe valorar responde al porqué, del trabajo en estudio y la utilidad o importancia de su realización.

1.5.2 IMPORTANCIA

La presente investigación es importante porque nos permitirá obtener conocimientos y solucionar problemas científicos, filosóficos y empíricos-técnicos desarrollados mediante un proceso, para la búsqueda intencionada de conocimientos o soluciones a problemas de carácter científico.

1.5.3 FACTIBILIDAD

La factibilidad de “la presente investigación se basa en la disponibilidad de recursos, tanto financieros, como materiales y humanos, que nos permitirá identificar las limitaciones y posibilidades de acceso a la recolección de datos de los trabajadores de la clínica Good Hope – Lima.

El recurso tiempo es otro factor a tomar en cuenta en la investigación, ya que los hallazgos y los datos recolectados están planteados a realizarse en un plazo

máximo de 6 meses. El recurso financiero es otro factor importante pero no limitante en nuestro estudio” debido a que los bajos no requieren costos de movilización y otros que signifiquen problema para el investigador.

1.5.4 LIMITACIONES

Entre las limitaciones más importantes se considera el uso de bibliografía considerando que la Universidad no cuenta con biblioteca establecida, por lo que la información se obtendrá de carácter científico basado específicamente en tesis de grado. La limitante de mayor preocupación será el factor tiempo disponible del trabajador para poder responder y obtener los datos más efectivos que requiera la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del Problema

• Internacionales:

Orozco (2017). En su investigación: *Causas de ausentismo laboral en una empresa comercializadora de prendas de vestir con sede en Medellín.*, señala:

a. Causa médica certificada:

Incluye todas las incapacidades producidas por enfermedad común (enfermedad, cirugías, accidentes fuera del trabajo, deportivos), enfermedad profesional, accidente de trabajo y permisos especiales de salud (sólo el que requiere el trabajador por su situación de salud). Algunas enfermedades no siempre dan los

mismos días de incapacidad, depende del estado de la evolución en que sea diagnosticado y si su manejo es oportuno y adecuado. La persona puede o no consultar al servicio médico cada vez que presente dicha sintomatología; pero el criterio del médico tratante para decidir si la enfermedad afecta o no al trabajador o a sus compañeros es importante para diferenciar si es remunerado o no de acuerdo con ley colombiana⁸.

b. Causa legal:

Se consideran aquellas ausencias al trabajo que tienen justificación con base en las normas laborales contenidas en el código sustantivo de trabajo: licencias remuneradas incluidas las de maternidad, no remuneradas, suspensiones⁸

c. Causa extralegal:

Las pactadas en convenciones y acuerdos extralegales, tiempo pactado con los líderes sindicales para el funcionamiento de la junta directiva y de las diferentes comisiones: permiso sindical remunerado y no remunerado; otras: compra de casa, matrimonio, nacimiento, defunción⁸.

Las incapacidades por causas medica certificada por CIE 10 son: (A09X) diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 17,6%, seguido de (J068) otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias con un 12% y por el ultimo (M545) lumbago no especifico con un 10,4%⁸.

Las incapacidades por accidente laboral de acuerdo al CIE 10 son: (S600) contusión de los dedos de la mano sin daño de uñas con 19,4%, seguido de (S009) traumatismos superficiales de la cabeza, parte no especifica con el 9,7% y el (S800) contusión de la rodilla con el 9,7%⁸.

El mayor porcentaje encontrado de la encuesta fue en la pregunta relacionada con haber experimentado dolor de cabeza recientemente, en la cual la mitad de los encuestados respondieron afirmativamente. El riesgo biomecánico en la matriz de riesgo y peligro es el que tiene mayor priorización porque los movimientos repetitivos,

cargas estáticas y posturas prolongadas le corresponden el 51% de la población expuesta y el riesgo físico que compromete la iluminación y el ruido, con un 48%. En la matriz de riesgos no han considerado los riesgos biológicos, y según las incapacidades por diagnóstico CIE 10, el principal motivo de incapacidad es la gastroenteritis, y este diagnóstico puede ser asociado a este tipo de riesgo y también. Para la matriz de riesgos y su relación con el auto reporté de signos y síntomas se debe analizar el riesgo psicosocial y riesgo público teniendo en cuenta que el sistema neurológico presentó mayor cantidad de síntomas. De acuerdo a la relación de resultados entre el auto reporte de signos y síntomas, incapacidades y matriz de peligros por frecuencia y porcentaje, el ausentismo laboral de la empresa están directamente relacionados, los factores estudiado y más relevantes son: el sistema gastrointestinal con un porcentaje promedio 7,5%, en el sistema osteomuscular 7% y el sistema respiratorio 14,2%⁸.

Londoño y Parra (2015). *Ausentismo laboral en el personal del área médica en una empresa de atención domiciliaria en el periodo enero a diciembre de 2015*, En el análisis de ausentismo laboral se encontraron 3.222 días perdidos, el género masculino representó la mayor proporción de ausentismo con 60% del total de datos siendo más relevante en los médicos y en el rango de edad entre 25 y 29 años. Los trabajadores con antigüedad laboral entre 1 a 5 años y los de menos de 1 año presentaron el 37,2% y 31% de los eventos de ausencias respectivamente. En cuanto al tipo de contingencia la enfermedad general concentró el 83,04% de los eventos siendo las enfermedades del sistema respiratorio las más prevalentes con 19,80%” de los eventos de ausentismo⁹.

Rodríguez P., Rodríguez A., Riveros, Rodríguez M., D’Luyz, y Pinzón (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. Se encuestaron 184 trabajadores de la salud - médicos, enfermeras y personal auxiliar-, 139 mujeres (75,5%) y 45 hombres (24,5%), con una prevalencia del 2,2% para SB. En modelo de regresión logística multinomial se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) para baja realización personal y

despersonalización. Prevalencia para agotamiento emocional 20,6%, despersonalización 16,8% y baja realización personal 7,6%.

Sánchez (2013). *El absentismo laboral en España. del ordenamiento jurídico a la realidad empresarial*, señala que, desde el punto de vista de la organización, el absentismo laboral impide operar a ésta con efectividad y eficiencia. En efecto, el absentismo, ocasiona numerosos problemas en la organización, ya que la sustitución del personal ausente requiere adiestrar a nuevos empleados, o hacer horas extraordinarias para compensar el trabajo no realizado. Pero hay que tener en cuenta que la simple sustitución de un empleado por otro, no resuelve las consecuencias negativas que el absentismo ocasiona, debido a la familiaridad, conocimientos y práctica con que los empleados veteranos ejecutan su trabajo. A esto hay que añadir las quejas, protestas, agravios comparativos, accidentes laborales, disminución de productividad y calidad, que el absentismo recurrente genera”.

El mismo autor refiere “que se cree que el **Burnout** no es exclusivo de profesionales de la Salud y de personas que trabajan en interacción con otras, sino que puede tener otros factores causales hasta ahora desconocidos. El Síndrome de **Burnout** tiene tres componentes característicos: 1) El cansancio emocional, se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales. Se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, y que se manifiestan en términos físicos, psíquicos o como una combinación de ambos. 2) La despersonalización o deshumanización, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia receptores como pueden ser pacientes, clientes, compañeros, etc. Se manifiesta por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo. 3) La falta de realización personal o incompetencia personal; consiste en evaluar el propio trabajo y a uno mismo de forma negativa, que se traduce en una baja productividad, incapacidad para soportar presión y una pobre autoestima.

Fernández (2012), en su tesis: *Variables determinantes de las indisposiciones laborales: análisis en una empresa sociosanitaria pública de baleares (1995-2010)*,

determina que en este grupo también el colectivo de trabajadores sin estudios universitarios representa la mayoría de los contratos, concretamente el 69,2% (69,8% en mujeres y 67,4% en hombres). A diferencia de las poblaciones anteriores el colectivo de NUTS es mayoritario en ambos sexos. Como ocurría en las poblaciones anteriores el colectivo de licenciados es muy superior en varones.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en el reparto según tipo de contrato en las dos poblaciones. En la población con indisposiciones hay un claro predominio de los trabajadores con menor cualificación profesional, en ambos sexos. En la población sin indisposiciones también es mayoritario el grupo menos cualificado, aunque la diferencia con el grupo de mayor cualificación profesional es menor. En ambos sexos se observa un incremento importante del número de facultativos en la población sin indisposiciones.

Hace ya 30 años *Paringer* observó las tasas de ausencia en ambos sexos y obtuvo que las causas que las explican son las desigualdades de sueldo y la inflexibilidad en el horario. Las trabajadoras limitan sus ausencias por enfermedad y emplean más las motivadas por problemas familiares. Las ausencias femeninas, concluye *Paringer*, son superiores a las masculinas por el doble de tareas que deben desempeñar las trabajadoras, ya que deben compaginar los horarios de trabajo con el de la guardería de los niños o ir al médico con ellos (*Paringer* 1983). En nuestro estudio las mujeres más jóvenes (hasta 30 años) presentan un porcentaje de indisposiciones inferior al esperado. Algo similar ocurre en los hombres, aunque las diferencias son en este caso mayores: las mujeres de 30 años o menos representan el 13,1% en el grupo con indisposición frente al 34,5% en el de no indisposición; en los hombres estos valores son de 15,8% y 27,6%, respectivamente. En el grupo de edades comprendidas entre los 31 a 40 años las mujeres con indisposiciones superan a las que no las han padecido (38% frente a 35%) mientras que en los varones la situación es inversa (37,1% frente a 39,8%). En el grupo de edad de 41 a 50 años en ambos sexos el 31% han sufrido indisposiciones mientras que el grupo sin indisposiciones es inferior en las mujeres (21,9% frente al 23,8% de los varones). A partir de los 50 años de edad las mujeres

con indisposiciones también superan a los hombres (17,9% frente a 16,2%) mientras el grupo sin indisposiciones es similar: 8,6% en mujeres y 8,8% en hombres.

Una visión exclusivamente sanitaria no explica por qué los jóvenes se ausentan del trabajo por motivos de salud con más frecuencia que la población laboral de mayor edad. Se trata de una población con menos enfermedades crónicas y un buen estado de salud auto percibido y, como tal, cabría esperar que la frecuencia de bajas por enfermedad u accidente común fuera inferior a la de la población de mayor edad. La bibliografía sugiere que la elevada incidencia de IT en jóvenes se produce a expensas de bajas de alto contenido no-sanitario. La falta de promoción y de un plan de carrera, la mayor precariedad laboral, la necesidad de tiempo para estudios y la importancia otorgada al ocio llevan a este colectivo a utilizar el absentismo como moneda de cambio para ajustar el balance esfuerzo-recompensa”. La dinámica del mercado de trabajo obliga a las empresas a conocer y comprender los estímulos y conductas de los nuevos grupos de trabajadores y a adaptarse, en la medida de lo posible, a sus requerimientos como empleados. De los indicadores de IT detectados en MC Mutual se desprende que los mayores de 55 años enferman poco, pero cuando lo hacen es por más tiempo. En este caso, la coexistencia de enfermedades crónicas, la mayor frecuencia con la que se complican los procesos y su mayor gravedad, explican que el porcentaje de jornadas perdidas de este colectivo supere más de dos veces al de la población joven.

Al valorar la posible hiperfrecuentación o sobreutilización de las indisposiciones observamos que apenas el 7,5% de los trabajadores es responsable de un tercio de las indisposiciones (primer tercil), mientras que para los siguientes terciles son necesarios un 18,4% y un 74,1% respectivamente. Esto nos hace pensar que existe un grupo de trabajadores que están utilizando con exceso las indisposiciones. El perfil de las personas que forman parte de ese primer tercil se asemeja al perfil que se ha establecido anteriormente: mujer mayor de 30 años, sin estudios universitarios, que trabaja como

auxiliar de enfermería o en servicios generales, con contrato fijo y una antigüedad de al menos 6 años.

Caballero (2015). En su tesis: *El ausentismo en la empresa y su relación con la satisfacción laboral*, señala que:

Del trabajo realizado en el Banco del Estero SA acerca de la influencia de la satisfacción laboral en el índice de ausentismo presente en la organización, surge el grado de dependencia que tienen ambas variables entre sí. Existe una relación inversamente negativa, es decir que cuando aumenta la satisfacción laboral se produce una disminución en el ausentismo y viceversa. Es importante tener en cuenta todas las dimensiones de la empresa en las que impacta el ausentismo para entenderlo y actuar sobre sus causas. Desde una perspectiva integrada, económica, sociológica y psicológica. (Erwin,Iverson y Ambrose , 1995).

El ausentismo laboral es un indicador de gestión de recursos humanos de una empresa, se debe medir en una constante en el tiempo, facilitando la comparación mesa mes, año a año, para analizar su evolución y ejecutar planes de prevención. El departamento de Recursos Humanos es competente en la administración de esta información, estandarizar las fórmulas de cálculo de las tasas con el objeto de que la medición tenga las mismas bases y trabajar en el crecimiento y desarrollo organizacional disminuyendo los niveles de productividad y calidad”. La situación presente en la empresa requiere de un plan multidimensional para combatirla. “La insatisfacción y el malestar en el trabajo de un empleado suele expandirse y repercutir en otros. Por ello, la necesidad de generar políticas que eliminen las fuentes de insatisfacción incrementando el rendimiento del trabajador, reflejado en una actitud positiva ante el trabajo que realiza.

Todo ello contribuye a lograr el principal objetivo de toda organización, aumentar la productividad. La importancia de incrementar la satisfacción laboral de los

trabajadores radica en que ella repercute en la calidad de la atención, la productividad de los empleados, las relaciones personales, y el ausentismo, entre otras variables.

El programa integral diseñado para resolver la problemática se compone de la aplicación de procedimientos y recursos para influir en la satisfacción del empleado, con el objetivo de reducir el índice de ausentismo presente en la organización. Aborda cada una de las variables afectadas y causas detectadas. Incluye, concientización e información acerca del impacto que tiene el ausentismo en la empresa y en las personas, buscando el compromiso y participación de los trabajadores ; planes de bienestar laboral para optimizar el clima laboral; capacitación para los mandos medios que posibiliten una correcta conducción y liderazgo; rediseño de puestos con el objetivo de otorgar mayor autonomía y variedad en las tareas que realizan los empleados del nivel operativo; el desarrollo de un plan de iniciativa para incorporar a los empleados en la toma de decisiones; brinda herramientas a la empresa para la confección de estadísticas sobre ausentismo de modo que se pueda medir, prevenir y 126 corregir a lo largo del tiempo; y por último proporciona un instrumento de evaluación de la satisfacción laboral, de manera tal que se obtengan resultados confiables sobre el bienestar de los empleados y sirva como fundamento de las políticas de gestión de los recursos humanos.

El ausentismo representa para la empresa un deterioro por diversos mecanismos. Las repercusiones económicas del ausentismo son gigantescas, desde el punto de a empresarial como macro social. (Samaniego y Rodríguez, 1998).

El ausentismo laboral además de incidir en la productividad de las empresas, se considera actualmente como una de las causas que influye en la competitividad de las mismas provocando un aumento sensible en los costos del personal, que en definitiva encarece el producto final.

El absentismo laboral es uno de los grandes problemas de la baja productividad de nuestro mercado de trabajo, y por tanto uno de los obstáculos a superar a la hora de

plantearnos mejorar nuestra competitividad. La inversión que requiere la propuesta es significativamente menor a las erogaciones que efectúa actualmente debido a las ausencias que registra. De la estimación efectuada surge que, el monto de la inversión calculada a 12 meses, es de \$98.718,00 y la pérdida calculada para el año 2014 con el índice de ausentismo actual es de \$2.443.778,34. Es decir que la organización no solo supera la pérdida con la aplicación de los planes de acción diseñados, sino puede incrementar la productividad, y disminuir los costos directos e indirectos generados por el ausentismo.

Si se toma el mes de Agosto de 2014 como parámetro en el cual la pérdida, derivada de la situación actual, corresponde a \$214.790,88, comparándolo con el costo mensual que genera la implementación de la propuesta de \$5.280,67, se puede apreciar la baja inversión de mantenimiento, que representa el 2.5% de la erogación mensual que se realiza para el mes mencionado. Por lo tanto, el proyecto es rentable y viable, impactará favorablemente en la vida laboral de los empleados y en la economía de la empresa. La propuesta, no solo debe ser aplicada, se sugiere agudizar la gestión de control y revisión continua de los procesos, para su adaptación a las diferentes circunstancias que pueda atravesar la organización.

Para concluir con el trabajo, deseo expresar que esta experiencia me acercó a problemas reales y prácticos que atraviesan las empresas y me abrió el panorama para la investigación de diferentes temas que no han sido tratados. Me impulsan a concluir con satisfacción esta etapa, la intervención” efectuada observando realmente la importancia de una correcta gestión de recursos humanos, en términos de productividad y competitividad para las empresas, y en calidad de vida para los trabajadores, el acercamiento a las personas, el sentido práctico para la resolución de conflictos, el compromiso y participación con todas las áreas de la organización y la búsqueda de la mejora continua.

b. Nacionales:

Beltrán y Vargas (2007). *Análisis descriptivo del ausentismo laboral por causa médica presente en el personal auxiliar de enfermería de la clínica Medilaser de la ciudad de Neiva periodo enero – diciembre 2007.*

El absentismo no es sólo indicador de enfermedad en muchos casos, sino de insatisfacción en el trabajo; por lo tanto, esta problemática debe ser abordada por los servicios de salud en el trabajo, las áreas de administración de personal, los trabajadores y los empleadores, adoptando una metodología de trabajo interdisciplinaria, orientada hacia la investigación y el diseño de mejores condiciones y puestos de trabajo. En algunos países la implementación de nuevas normas relacionadas con el ausentismo laboral, da a los directores y gerentes mayor responsabilidad, autoridad y autonomía en áreas tales como el control del presupuesto y de los recursos humanos y administrativos. Los empleados del sector salud también tienen molestias o dolencias físicas, padecen de estrés, sufren accidentes domésticos y laborales, les duele la cabeza y se enferman, entonces deben recurrir a las ausencias laborales para sanarse de sus malestares o por lo menos iniciar un proceso de recuperación. Esta investigación busca realizar un estudio descriptivo sobre el ausentismo laboral que por causas médicas se presenta en el personal auxiliar de enfermería que labora en la Clínica Medilaser de Neiva, presentado durante el año 2007 para generar una comprensión dinámica y efectiva de la situación¹⁰.

Gonzales (2018). Según su investigación: *Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017*, indica que realizado el análisis descriptivo y la contratación de hipótesis se estableció que del ρ _value es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas, por lo tanto, $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula”. Por otro lado, las encuestas, obtuvieron puntuaciones, de Sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina con un “(Promedio = 23.02) a diferencia de las encuestas de Sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de cirugía con un (Promedio = 37.98). Por tanto, se afirma que existen diferencias

significativas en la percepción de sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2017³.

Ceballos (2014). *Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de unidades de pacientes críticos*, señala que los trabajadores/as de las UPC participantes perciben un alto nivel de exposición a riesgos psicosociales en las dimensiones Demandas psicológicas y Doble presencia, en un 53,8% y el 53% respectivamente. Además, se obtiene un promedio de CMT global de =3,38 (D.E: 0,43; Rango: 2,1-4,49) que corresponde a un nivel de CMT media-alta. Se obtuvieron diferencias significativas entre algunas variables independientes y las dimensiones de Riesgos psicosociales y CMT. Se lograron correlaciones positivas y significativas entre algunas dimensiones de SUSESO-ISTAS 21 (Exigencias psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Compensaciones y Doble presencia) con todos los factores de ESCAM. Mediante análisis de regresión se obtuvo que tres factores psicosociales (Exigencia psicosociales, Compensaciones y Doble presencia) contribuyen a explicar casi un tercio de la CMT Global. A través de análisis de regresión lineal stepwise, se encontró que existen variables predictoras (nivel de estudio, edad del trabajador/a, sexo de trabajador/a, número de hijos/as, edad de los hijos/as y condiciones ambientales de trabajo) que explican la variabilidad las dimensiones de Riesgos psicosociales. Por otra parte, las variables predictoras (sexo del trabajador/a, nivel de estudio, edad de los hijos/as, alteración de salud diagnosticada, desempeña otras funciones a la asistencia, ruido en el puesto de trabajo) explican la variabilidad de los factores de CMT". Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas entre las tres UPC participantes respecto a la percepción de Riesgos psicosociales y CMT. Se determinaron diferencias significativas entre los grupos de trabajo para Riesgos psicosociales y CMT.

Gonzales (2018). Según su investigación: *Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017*, nos refiere que la sobrecarga laboral de enfermería en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017 representa el

conjunto de requerimientos y esfuerzos físicos y mentales a los que se ven sometidos los enfermeros a lo largo del horario de trabajo e interfiere de alguna manera con la seguridad de los pacientes que atiende; por lo que se encontró lo siguiente: En cuanto a la hipótesis general, existen diferencias significativas en la percepción de Sobrecarga Laboral del Personal de Enfermería en los servicios de medicina y cirugía. Por otro lado, las encuestas se obtuvieron puntuaciones donde la sobrecarga laboral es mayor en el servicio de cirugía con un $p < 0,05$ y un porcentaje 33.3% en un nivel alto, se observó que, el 23.3% presenta un nivel bajo, el 63.3% tiene nivel medio y el 13.3% presenta nivel alto de sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina y el 20% presenta nivel bajo, el 46.7% presenta un nivel medio, el 33.3% presenta un nivel alto de sobrecarga laboral del personal de enfermería entre los servicios de cirugía.

Ávila, Guerra y Mendoza (2017). De acuerdo a su investigación: *La rotación laboral no deseada: causas y consecuencias en organizaciones empresariales. Análisis de una empresa peruana de consumo masivo* señalan que. Los hallazgos develaron que, en su mayoría, las causas de la rotación laboral no deseada están relacionadas con shocks, que son eventos fortuitos que la empresa pocas veces puede manejar, mientras que lo que respecta a la insatisfacción laboral, la mayor cantidad de salidas por este motivo se debió a la inconformidad con el salario y al poco reconocimiento laboral percibido. Asimismo, los costos totales por ingresos de enero a octubre del 2016 relacionados a la rotación laboral fueron S/. 489,944.18. Finalmente, se determinó el perfil sociodemográfico del operario más proclive a rotar: género masculino conviviente entre 26 a 35 años, con 3 a 4 hijos, vive en la zona 3, su nivel de especialización es no calificado y tiene antigüedad laboral mayor a 5 años¹¹.

Bringas (2017); en su tema de investigación denominado *factores asociados al ausentismo laboral por descanso medico de los trabajadores de la empresa de tercerización Representaciones AGROMASTER S.A.C.*, señala que el factor de mayor incidencia en la ausencia de los trabajadores fue la indiferente o escasa identificación institucional con 61,5%, a diferencia de los horarios de trabajo y clima laboral, en

donde se encontraron de acuerdo con 83,4% y 75,9% respectivamente. El total de ausencias fue de 54%, mientras que el 60% utilizó un descanso médico para justificar su ausencia; siendo las causas: el 44% por cansancio, el 22% por aburrimiento, el 19% tuvo otros motivos y el 15% por desgano. El 72% de los trabajadores se ausentaron un día, mientras que la mayor parte fue la labor de estiba y desestiba con el 43.9%. DISCUSION.- La identificación institucional fue indiferente o escasa, por no pertenecer al Régimen Agrario y ser tercerizadora, es decir depende de una empresa usuaria. La incidencia en labores agroindustriales de campo conlleva al trabajador a un agotamiento y cansancio justificado, se corrobora en la presentación de descansos médicos al centro laboral por un día, utilizados para justificar la ausencia y evitar ser sancionados” y perjudicados económicamente.

Talledo (2018). En su tesis: *Factores de absentismo laboral en el personal de enfermería en un instituto especializado de enfermedades neurológicas 2015 – 2017*, refiere que en la primera hipótesis específica se determinó que hubo influencia significativa en un 45% de la Incapacidad por enfermedad en el absentismo del personal de enfermería en un instituto especializado de enfermedades neurológicas. Por otro lado no se debe desestimar las enfermedades del personal, pudiendo implementar, como política de gestión de recursos humanos, las campañas obligatorias de salud del personal con la finalidad de advertir oportunamente la presencia de patologías en el personal, previendo la posibilidad de que el mismo personal sea el vehículo de transmisión de enfermedades a los pacientes, La probabilidad de complicaciones en los embarazos es causales de ausencias, pero éstas no se convalidan como parte de la maternidad sino como enfermedad, lo que, en base a este resultado, quepa una alta probabilidad de casos de gestantes que pidieron permisos por causas derivadas del embarazo, lo que podría explicar el poco aporte al absentismo laboral. Quizás sea oportuno proponer una investigación en donde se segregue mejor las causales derivadas precisar con mayor aproximación las complicaciones más frecuentes que llevan al ausentismo laboral en este grupo humano, pudiendo clasificarlos por niveles de gravedad,

Esto no quita el mérito de los resultados encontrados, ya que se observó que su contribución fue mayor que el factor Maternidad en más del doble de influencia. En este acápite es oportuno manifestar que también sea necesario hacer un enfoque de vinculación de variables.

1.1 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

Las repercusiones más frecuentes en este tipo de situaciones:

Son en primer lugar el estrés, y los trastornos de ansiedad, susceptibilidad frente a los demás, pesimismo, dificultad para relajarse, inseguridad, dolores musculo esquelético, etc. Se ha comprobado que una cierta ansiedad consecutiva a la sobrecarga de trabajo aumenta los rendimientos de las personas que se ven sometidas a ella, hasta que llega un momento en que ocurre todo lo contrario, como si estas personas se desplomasen por completo. Asimismo, en el mundo globalizado existen múltiples procesos que afectan directamente la salud de los trabajadores; el deterioro de la calidad de la vida y el predominio de procesos tecnológicos que conducen a concentrar el capital, aumentar los niveles de pobreza y a generar desempleo, en este proceso es que surge la Salud Ocupacional con un enfoque que enfatiza la prevención de los riesgos profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) y la promoción de la salud en el trabajo. De esta forma se ha dado mayor prioridad a mejorar la calidad de vida del trabajador no solamente dentro del trabajo sino fuera del mismo, y de esta forma se ha contribuido al desarrollo de la sociedad y del país (Ramírez, Montenegro, y Neciosup 2013.p.17)³.

Los trabajadores que perciben una ambigüedad de rol:

Tienden a estar insatisfechos con su trabajo, ansiosos y tensos, plantean numerosas quejas de problemas somáticos, tienden a estar ausentes del trabajo y pueden acabar abandonando el empleo. A una sobrecarga de roles le suele corresponder sobre todo el agotamiento físico y emocional, además los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que las personas sobrecargadas (medida la sobrecarga en horas de trabajo)

pueden tener un mayor riesgo de enfermedades. Como en muchos casos la ambigüedad se debe a una comunicación deficiente, es necesario 18 tomar medidas para transmitir de una manera más eficaz las exigencias del puesto (Stellman 1998.p.34.31)³.

Estrés general.

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral⁴.

Fatiga física:

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito⁴.

Depresión:

Ya Oswin (1978) y Maher (1983) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout, que fue objeto de estudio en adelante. McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de

culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque, por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. La teoría de COR (Hobfoll & Shirom (2001) sugiere que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & Cols, 2003)⁴.

Tedio o aburrimiento

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout⁴.

Proceso de desarrollo del síndrome de Burnout

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio⁴.

Causas de la rotación laboral

La rotación de personal no es una causa, sino un efecto, es decir, la consecuencia de factores internos o externos que condicionan la actitud y el comportamiento del personal dentro de la organización (Chiavenato, 2011). Por ende, la problemática reside en la capacidad para saber manejar las causas que la condicionan tanto desde fuera de la organización como desde adentro. Es así que, mediante un análisis interno y externo de una organización, se pueden descubrir los factores más influyentes en el índice de rotación de personal no solo al identificar los problemas dentro de la organización que repele a los empleados sino también aquellos factores ajenos a la empresa que son más difíciles de manejar. Por lo cual la estrategia que desee emplear la organización para acercar el índice al nivel ideal debe tomar en cuenta ambos espectros para poder ser empleada de manera efectiva. 2.1. Internas (perspectiva del trabajador y de la organización)⁷.

Política salarial:

Dentro de las causas de la rotación de personal enfocadas al aspecto monetario se encuentra el sueldo y salario. “Todo parece indicar que las empresas que confían en las 19 recompensas financieras para mejorar el rendimiento de sus empleados no consiguen buenos resultados” (Timpe, 1989, p. 65). Esta afirmación demuestra que las recompensas financieras no son las únicas remuneraciones existentes y por ello diversos autores abordan la definición del salario, las distintas clasificaciones y su implicancia en la gestión de personal⁷.

Según Reyes (1986) “el salario es un factor importante para la organización; por un lado, para el trabajador puesto que condiciona la vida adecuada del empleado; para la empresa, pues es un elemento de importancia en el costo de producción; para la sociedad pues es el medio de subsistir de una gran parte de la población; para la estructura económica de un país pues la forma en que se maneja el sistema de salarios, condiciona la estructura de la sociedad; para la práctica profesional ya que en ciertas carreras como administración de empresas o de relaciones industriales, las políticas y

técnicas de sueldos y salarios son de las que tienen más amplia e inmediata aplicación. Asimismo, Pigors y Myers (1960) afirman que los métodos de pago de salarios y la forma en la que se maneja un plan de salarios e incentivos afectan a los resultados de los trabajadores, por ello es importante reconocer la importancia de la relación entre el nivel de sueldos y salarios de las organizaciones y la posibilidad de atraer y retener al personal calificado. La remuneración es un aspecto importante en la rotación laboral puesto que no involucra solamente a una retribución monetaria o tangible sino también otros aspectos que influyen en la decisión del empleado por permanecer o no dentro de una organización sin embargo, la remuneración únicamente monetaria no basta para conseguir buenos resultados de los trabajadores de una organización⁷.

Shocks

Para Holtom, Lee, Mitchell e Inderrieden (2005), la insatisfacción laboral acumulada no es la causa de la mayoría de rotaciones laborales. Para ellos, la insatisfacción laboral es un factor, pero centrarse en esta insatisfacción como la única causa de la rotación laboral provee a la organización una mirada muy limitada del problema. Para estos autores, la rotación laboral es causada por un evento precipitado, al cual llaman “shocks”. También identifican al shock como un evento que inicia el análisis psicológico que envuelve la salida de los colaboradores de la organización. Un shock puede ser de diferentes tipos y clasificarlos ayuda a la organización para identificarlos y realizar acciones apropiadas para la mitigación de los mismos. Para Holtom et al. (2005), los shocks pueden ser clasificados según su previsión, naturaleza y valencia⁷.

Factores del Ausentismo:

Factores Individuales: • Con relación a la edad: los estudios de ausentismo laboral son discrepantes. Mientras algunos han demostrado que a mayor edad, mayor tasa de ausentismo asociado a la carga de enfermedad otros estudios, en los que se han analizado factores motivacionales, han demostrado que la edad, representada en mayor

antigüedad de vinculación a la empresa, es un factor limitante para las 13 ausencias, por cuanto el trabajador siente que “debe” conservar su empleo hasta el momento de su jubilación. • Con respecto al sexo: los estudios han demostrado que las mujeres tienen mayor tendencia a ausentarse por factores relacionados con la familia, los hijos, el embarazo y otras enfermedades frecuentes, como migraña, dismenorrea o infección urinaria. Por su parte, si la mujer está casada o tiene un compañero permanente, su tendencia a las ausencias se reduce. • Con respecto al estado civil: Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes¹².

Efectos del Absentismo Laboral El absentismo laboral conlleva, como ya sabemos, variados efectos negativos para el propio absentista, para sus compañeros de trabajo, para la organización, y para su familia. Sin embargo, debemos destacar que, aunque han sido menos estudiados, también hay algunos efectos positivos del absentismo que, no por ello son menos merecedores de estudio y análisis. Estas consecuencias positivas, derivan de que: “El absentismo puede suponer una estrategia para reducir el estrés laboral del trabajador y con ello mejorar su desempeño en otros roles, fundamentalmente en el ámbito familiar y social, ya que la conducta absentista le permite disponer de más tiempo para ello” (Cardoso, 1994, p. 32).

1.2 Definición de Términos Básicos

- **Ausencias no autorizadas:** Es la ausencia deliberada del trabajador a su centro de trabajo, sin causa justificada englobando principalmente como: problemas familiares, de drogas, alcoholismo, extramatrimoniales, entre otros, que trae como consecuencia el descuento respectivo y la posible desvinculación laboral. (Intercomarcal, 2017).
- **Absentismo Presencial:** El absentismo presencial es aquella forma de absentismo en la que el trabajador acude a sus labores, pero dedica una parte del tiempo a tareas que no son propias de la actividad laboral. (Romero ,1998,p.252)

- **Absentismo Previsible o Justificado:** Este tipo de absentismo se da porque es aquel que puede ser controlado, porque la organización está informada previamente de la ausencia. (Romero ,1998, p.252)
- **Absentismo No Previsible o Sin Justificación:** Así mismo el absentismo no previsible es visto como aquel que supone una falta o abandono del puesto de trabajo, sin la autorización correspondiente del empleador. (Romero,1998, p.252).
- **Accidente laboral:** Legalmente se entiende por accidente de trabajo. Hecho fortuito ocurrido durante el tiempo de trabajo acordado, que ocasiona daño al trabajador, a los bienes o a otras personas. (Ibarcena y Purizaga,2003)
- **Definición de sobrecarga laboral:** Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España –INSH (s/f) definió; como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral (Cañada, 2009.p.41)³.
- **Descanso médico.** Es el periodo en el cual un médico determina la necesidad del descanso físico para un trabajador afectado por una dolencia que le impide laborar en forma normal. Cañada, (2009.p.41)³.
- **Descanso medico prolongado.** Es el periodo de tiempo que por lo general excede a mas de 04 a 06 meses, es una cifra arbitraria , por lo cual el Empleador se ve obligado a reemplazarlo en sus actividades , siendo incierto el resultado de su salud en el corto plazo”. (Romero,1998, p.254)
- **Descanso por maternidad:** “Es el descanso físico que se le concede a la servidora gestante por 98 días, iniciándose regularmente 49 días antes de la fecha probable al parto, la madre podrá diferir el inicio del descanso con autorización del médico tratante; pudiendo extenderse el periodo por 30 días adicionales en caso de parto múltiple o niño con discapacidad”. (Laborales, 2016, p. 103).
- **Enfermedad común:** “Se denomina enfermedad común como: el proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar.” (Pérez, 2012).

- **Enfermedad profesional:** “Las enfermedades profesionales son aquellas contraídas a consecuencia del trabajo, dentro de sus actividades que desarrolla por contacto directo o indirecto con sustancias tóxicas o elementos nocivos que a corto plazo aparentemente no provoca mayores daños, pero con el correr del tiempo genera daños imprevisibles en el personal. Desde el punto de vista técnico-preventivo, se habla de enfermedad derivada del trabajo; a aquel deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición crónica a situaciones adversas, sean estas producidas por el ambiente en el que se desarrolla el trabajo o por la forma en que este está organizado”. Romero (1998), p.255
- **Estabilidad en el empleo.** “Muchos lo consideran como la posición del trabajador de no poder ser cesado en su empleo”. (Galarza, 2011, p. 40).
- **Índice de Absentismo:** “El índice de absentismo es una medida, un valor que nos indicara cuantitativamente la ausencia del personal en su puesto de trabajo. Así también, es aconsejable que la administración de cada empresa realice una edición de este fenómeno ya que 32 al hallar el índice de absentismo en el trabajo también puede servir para indicar la eficiencia de un programa de administración de personal.” (Galarza, 2011, p. 40).
- **Legislación laboral peruana.** “Ha establecido que una persona no puede ser cesada por iniciativa de su empleador si el trabajador no ha cometido alguna falta que amerite el término de la relación laboral”.
- **Sobrecarga laboral cuantitativa:** “aparece en situaciones en las que la presión temporal o un ritmo de trabajo acelerado dificultan el desempeño de una tarea”. (p.23)³.
- **Sobrecarga laboral cualitativa:** “se produce en situaciones en las que las demandas mentales requeridas para realizar adecuadamente la tarea son muy complejas en función de los recursos disponibles del trabajador (conocimientos,

habilidades y experiencia), y además su ejecución es percibida como excesivamente difícil”. (p.13)³.

- **Productividad:** Propokenko (1989) “define la productividad como la relación entre el resultado de la producción de bienes o servicios y el uso eficiente de los recursos empleados (insumos) para llevar a cabo el proceso de producción. Los recursos empleados pueden ser tiempo, capital, trabajo, información, energía y tierra. Así como también la productividad está relacionada con el trabajador, es decir hay una relación entre el trabajo realizado y su capacidad para ejecutar dicha labor”⁷.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General

La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

3.2 Hipótesis Secundarias

- Existe actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.
- El ausentismo por descanso médico estaría relacionado con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.
- La rotación del personal estaría relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

- El Incremento de pacientes se relacionaría significativamente con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

3.3 Definición conceptual y operacional de las variables

Variable X: Sobrecarga Laboral:

“La sobrecarga de trabajo surge cuando una persona se ve obligada a realizar una serie de actividades o resolver más problemas de los que está capacitado. Proviene de un aumento transitorio de trabajo que en algunas ocasiones se prolonga durante espacios de tiempo dilatados. Existen exigencias psicológicas que están relacionados con la complejidad de las tareas que requieren ayuda y no se facilita disminuyendo la calidad de vida y del trabajo. Las instituciones deben demostrar mayor preocupación por la salud de sus trabajadores como un elemento prioritario”.

Variable Y: Síndrome de Burnout:

“Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; nombrados; 1997). Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías, etc”. (Moreno & cols. 1999).

3.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 01: Operacionalización de variables.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Variable (X): Sobrecarga laboral	• Actividad laboral de mayor relación.	• Control de asistencia	1	Ordinal
	• Ausentismo por descanso médico.	• Tipo de descanso medico • Tiempo de descanso medico	2, 3, 4	Ordinal
	• Rotación de personal	• Sexo	5, 6, 7	Nominal
	• Incremento de pacientes	• Aptitud laboral • Desempeño laboral • Baja producción • Número de pacientes atendidos / día.	8	Ordinal
Variable (Y): Síndrome de Burnout	• Depresión • Estrés • Ansiedad	• Grado de presentación	9, 10, 11	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 Enfoque de la investigación

Cuantitativo

El presente estudio fue de “enfoque cuantitativo, porque se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 4).

1.2.1 Tipo de Investigación

Básica:

“Es la que no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues sólo busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad. Su objeto de estudio lo constituyen las teorías científicas, las mismas que las analiza para perfeccionar sus contenidos” Carrasco (2009), Carlos Barriga (2007) y Piscoya (2005).

4.1.3. Nivel de Investigación

Descriptiva - Correlacional.

“Son aquellas que actúan en el presente y sobre dos variables de tipo dependiente (V.D. V.D.). Miden y evalúan con precisión el grado de relación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación. La correlación puede ser positiva o negativa. Exigen el planteamiento de hipótesis que se comprobarán o no. Su utilidad radica en saber cómo se puede comportar un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otra variable relacionada. Tienen en cierto sentido un valor explicativo, aunque parcial”. (Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. (2006), Selltiz, Jahoda y otros - 1965).

4.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

4.2.1 Método de Investigación

Hipotético – Deductivo:

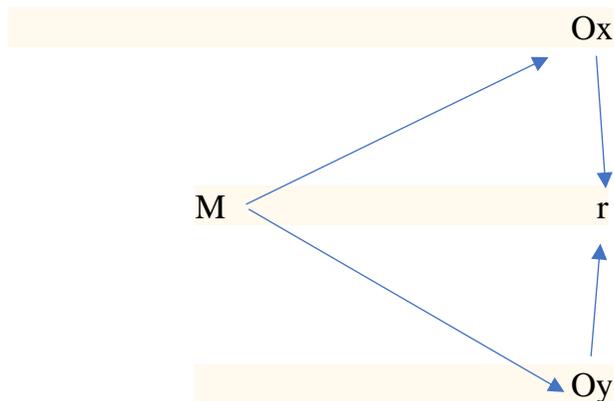
“El método hipotético-deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis”, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. (Diccionario de psicología científica y filosófica)

4.2.2 Diseño de la Investigación

No experimental – correlacional

Según Hernández, Fernández y Baptista. “La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la *investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos*”.

Como señala Kerlinger (1979, p. 116). “La investigación no experimental o *expost- facto* es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. Es Correlacional porque persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables”



- M: Muestra de trabajadores
- Ox: Observación de la variable: Carga sobre laboral
- Oy: Observación de la variable: Síndrome de Burnout
- r: Relación entre las variables

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 Población

Para la presente investigación se tendrá una población de 300 trabajadores de la clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018

4.3.2 Muestra

Formula

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

n = Tamaño de muestra p = variable positiva

q = Variable negativa Z = Nivel de confianza

d = precisión de error N = tamaño de población

$$n = \frac{(300) (1,96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2(300-1) + (1,96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 169$$

La muestra poblacional para la investigación es de **169** trabajadores de la clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnicas

Existen una gran variedad de técnicas para la recolección de la información, para la presente investigación se utilizara la Historia Clínica, dado que la información será obtenida de una fuente documentaria con los certificados de descanso médico , utilizando la revisión de certificado médico son fuentes autorizadas,

certificadas y legales en el Perú, sea operativo o administrativo, el descanso médico es un documento donde domina la opinión el médico, como especialista para la autorización o no de la necesidad de algún tipo de reposo asignado a los trabajadores, los documentos no son concluyentes, dado que el proceso de salud enfermedad es dinámico. La Historia Clínica, “definida como el conjunto de documentos derivados de la relación médico/ paciente, que a partir de la segunda mitad del siglo XX se convirtió en el vínculo directo entre los usuarios y el hospital, en la atención primaria se le denomina historia de salud. Además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, ese expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y en su participación en las tomas de decisiones”⁶.

4.4.2 Instrumentos

Para la recolección de datos se elaborará una ficha de registro de ausentismo, donde se integran la información necesaria del descanso médico. La ficha de recolección está compuesta por diferentes ítems como el código del trabajador, datos de filiación dentro de esto consideramos, el tipo de trabajo, sexo, edad, grado de instrucción. El certificado médico y ausencias por enfermedad consideramos los ítems de inicio de ausentismo, días de ausentismo, diagnóstico, factores determinantes, tipo de contingencia, indicadores de ausentismo. Teniendo estos datos ya registrados en la base de datos obtenidos de los certificados médicos se evaluará el ausentismo laboral a corto plazo de 1 a 2 días, mediano plazo de 3 a 7 días, largo plazo mayor de 8 días.

4.4.3 Validez y confiabilidad

- **Validez.** Estará dada por tres expertos en el tema de investigación.
- **Confiabilidad.** Sera en base al proceso estadístico de Alfa de Cronbach.

α	INTERPRETACION
➤ 0.9	EXCELENTE
➤ 0.8	BUENO
➤ 0.7	ACEPTABLE
➤ 0.6	CUESTIONABLE
➤ 0.5	MALO
< = 0.5	INACEPTABLE

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,988	18

Interpretación: “Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach: La fiabilidad de acuerdo al proceso de Alfa de Cronbach, nos da 0.988 lo que nos indica que es Excelente” la aplicabilidad del instrumento

Tabla 02: Correlación de Alfa de Cronbach

Estadísticas de total de elemento

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Cuál es el género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope	55,3333	496,238	-,025	,993
Cuál es la forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope	54,6000	460,829	,961	,989
Cuál es el índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope	53,5333	440,552	,968	,988

Cuál es el grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope	53,4000	435,686	,962	,988
Cuál es el tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope	53,7333	441,210	,964	,988
Cuál es el tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope	54,2667	466,352	,904	,989
Cuál es el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope	53,3333	433,381	,964	,988
Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope	53,3333	428,952	,975	,988
Cuál es el grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope	53,8000	444,743	,963	,988
Cuál es el nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope,	53,1333	439,267	,967	,988
Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope	53,3333	445,381	,935	,988
A cuántos pacientes debe atender diariamente el medico en la Clínica Good Hope	54,5333	460,124	,948	,989
Cuál es el índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope	53,1333	435,267	,965	,988
Cuál es el índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018	53,7333	444,210	,949	,988
Cuál es el índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope	53,0667	437,924	,958	,988
Cuál es la frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	53,6667	436,238	,959	,988
Cuáles son las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope,	53,8667	445,552	,977	,988
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	53,2667	427,638	,915	,989
Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	54,1333	442,410	,949	,988

4.4.4 Procesamiento y análisis de datos

El proceso de investigación “consiste en la elección del tema, la selección de un diseño apropiado, la elaboración del protocolo, la redacción y presentación del resultado de la puesta mediante la descripción y el análisis de los resultados, la interpretación de estos y, por último, la comunicación de la investigación, incluida su publicación”.

El procesamiento de datos se realizará mediante tabulación de las encuestas de preguntas aplicadas a los pacientes utilizando el software SPSS 22 y Microsoft EXCELL.

4.4.5 Ética en la investigación

Las consideraciones éticas se aplican desde el comienzo de la investigación hasta el final del proceso, teniendo como objetivo de este enfoque la etapa de planificación, ya que es poco ético exponer a las personas a una investigación que no está fundamentada científicamente, que no es realizada por investigadores calificados en centros acreditados y que probablemente no proporcione respuestas científicas validas(cambiar) muy antiguo.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

5.1 Análisis descriptivo:

Áreas	P	A	AA	NA
EMERGENCIA	04	2	1	1
HOSPITALIZACIÓN	83	20	41	22
NEONATOLOGÍA	15	5	6	4
REHABILITACIÓN	13	4	6	3
CENTRO OBSTETRICO	18	6	5	7
CENTRO QUIRURGICO	16	5	7	4
UCI	20	4	12	4

Tabla 03: Áreas de estudio

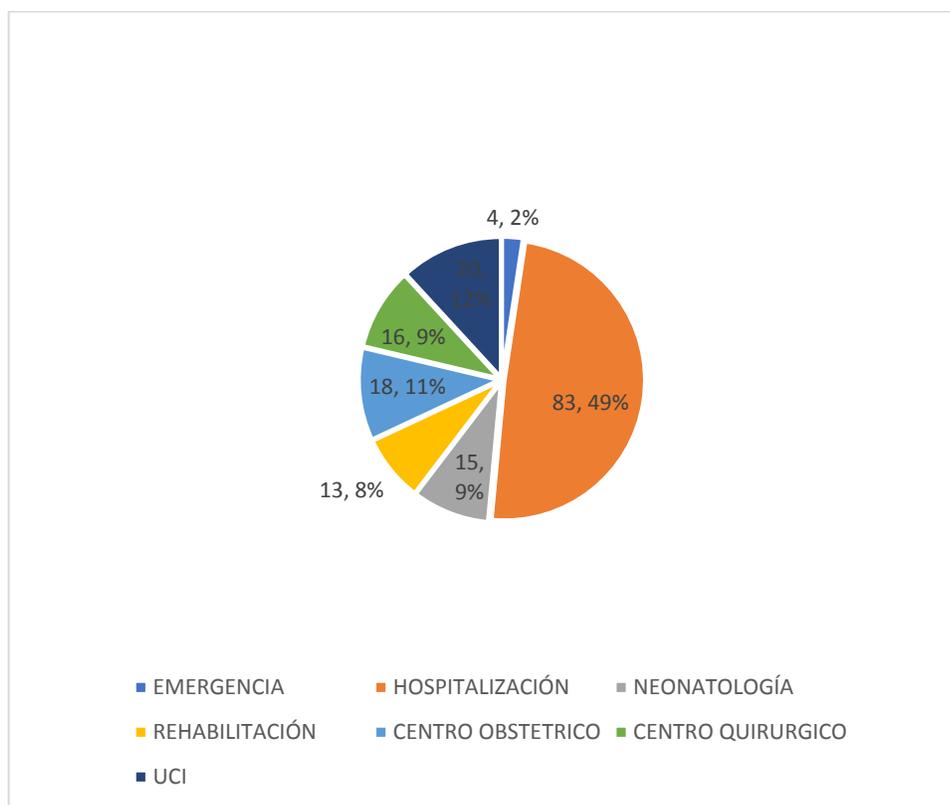


Figura 01: Áreas de estudio.

En la figura 01 encontramos en las áreas de estudio con el 49.00% Hospitalización, 12.00% UCI, 11.00% Centro Obstétrico, 9.00% Neonatología y Centro Quirúrgico respectivamente, 8.00% Rehabilitación y 2.00% Emergencia.

Tabla 04: Grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy eficiente	8	4,7
Eficiente	62	36,7
Medio eficiente	46	27,2
Poco deficiente	31	18,3
Deficiente	22	13,0
Total	169	100,0

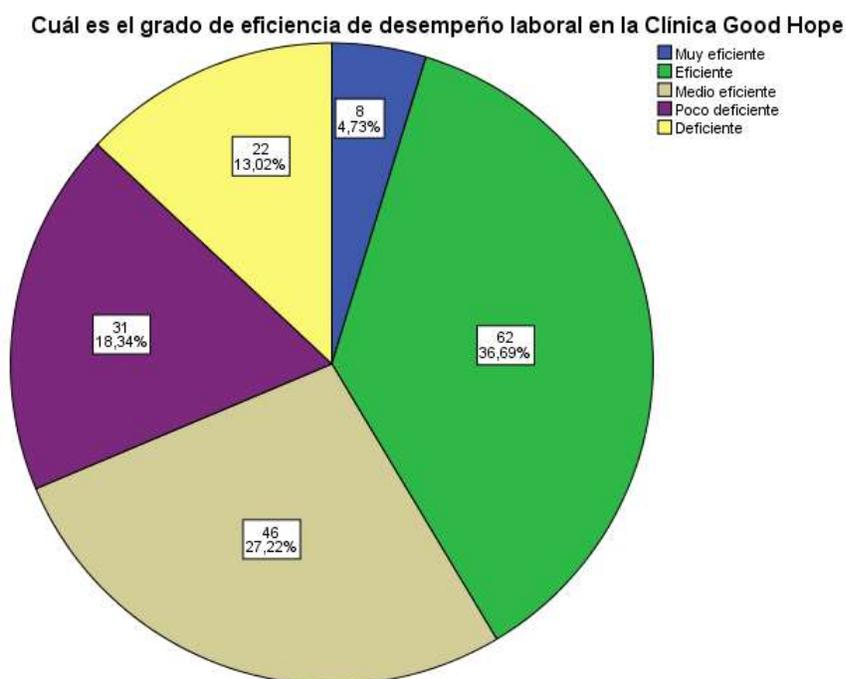


Figura 02: Grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope

En la figura 02, en el grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope, encontramos que 36.69% es eficiente, 27.22% medio eficiente, 18.34% poco deficiente, 13.02% deficiente y con el 4.73% muy eficiente.

Tabla 05: Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	101	59,8
Femenino	68	40,2
Total	169	100,0

Cuál es el género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope

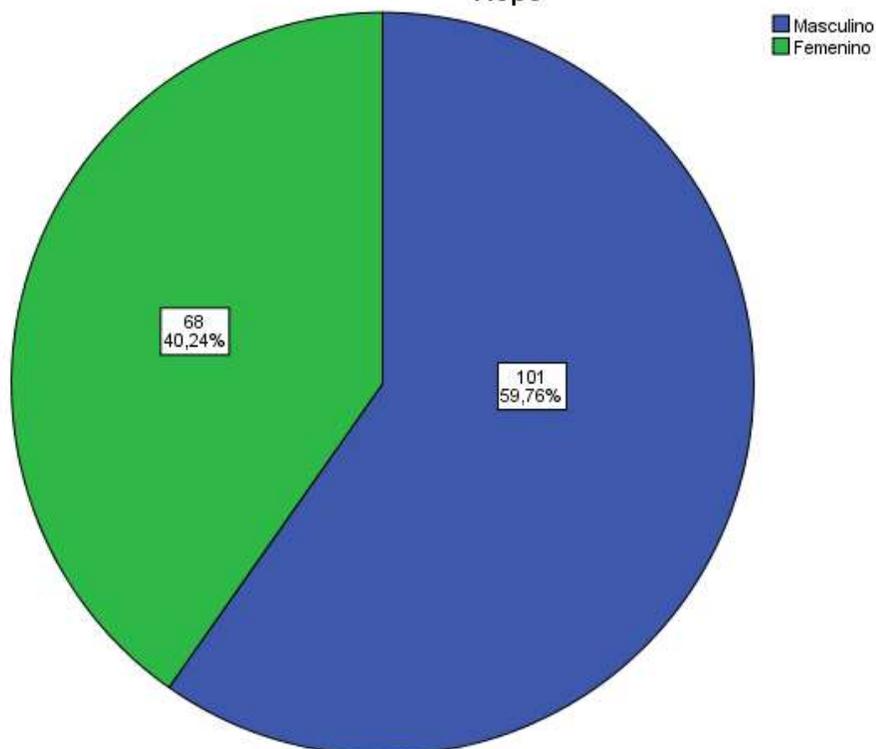


Figura 03: Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope

En la figura 03, en el Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope, encontramos que el 59.76% son del sexo masculino y el 40.24% del sexo femenino.

Tabla 06: Forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Solo con firma	94	55,6
Huella digital	43	25,4
En pantalla sin huella digital	32	18,9
Total	169	100,0

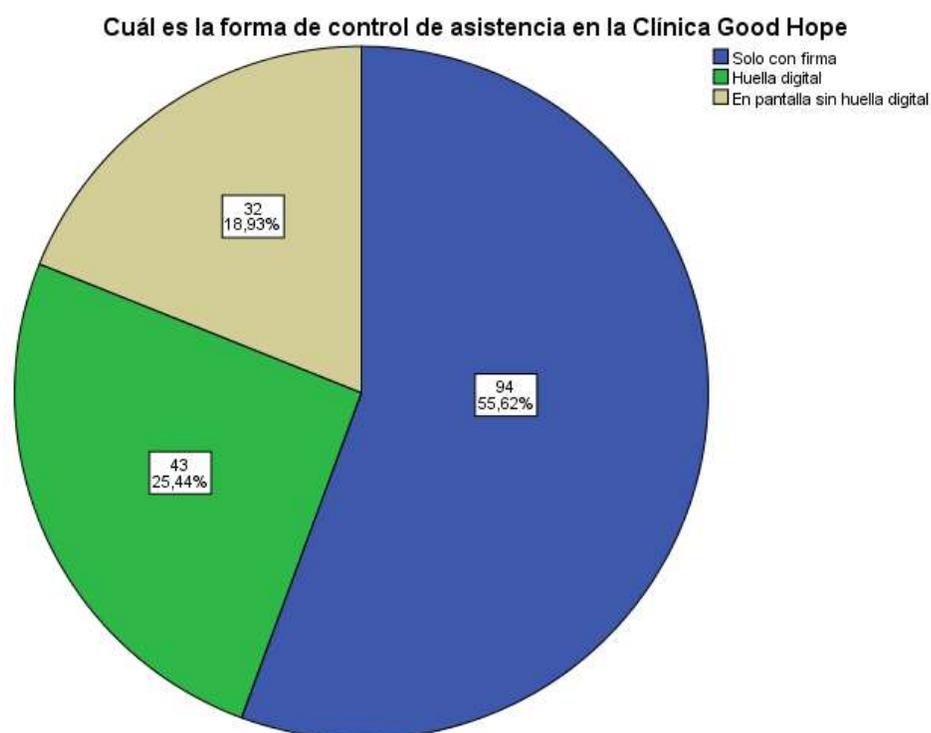


Figura 04: Forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope

En la figura 04, relacionada a la forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope, encontramos con el 55.82% solo con firma, 25.44% con huella digital, 18.93% en pantalla sin huella digital.

Tabla 07: Índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	42	24,9
Alto	22	13,0
Medio	53	31,4
Bajo	16	9,5
Muy bajo	36	21,3
Total	169	100,0

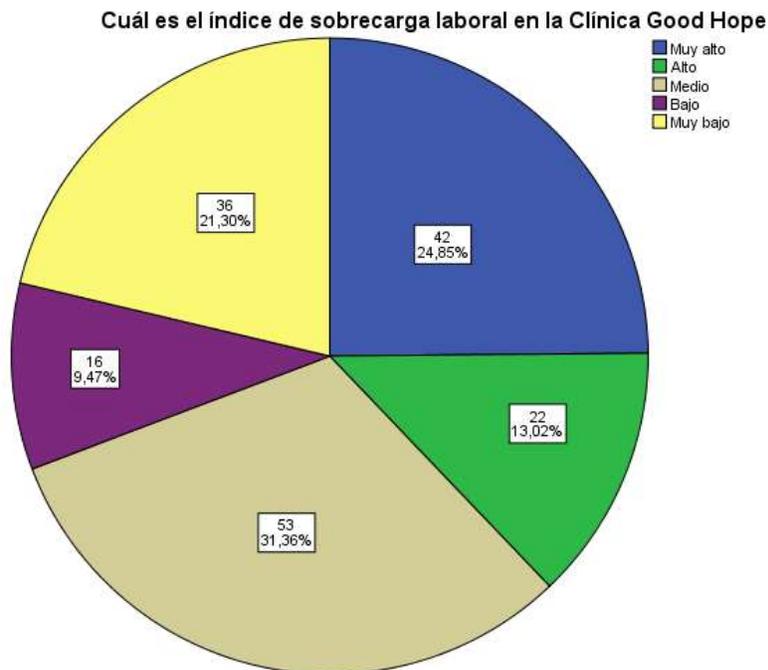


Figura 05: Índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope

En la figura 05, relacionada al índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope, encontramos con el 31.36% medio, 24.85% muy alto, 21.30% muy bajo, 13.02% alto y con el 9.47% bajo.

Tabla 08: Grado de ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	16	9,5
Alto	30	17,8
Medio	38	22,5
Bajo	44	26,0
Muy bajo	41	24,3
Total	169	100,0

Cuál es el grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope

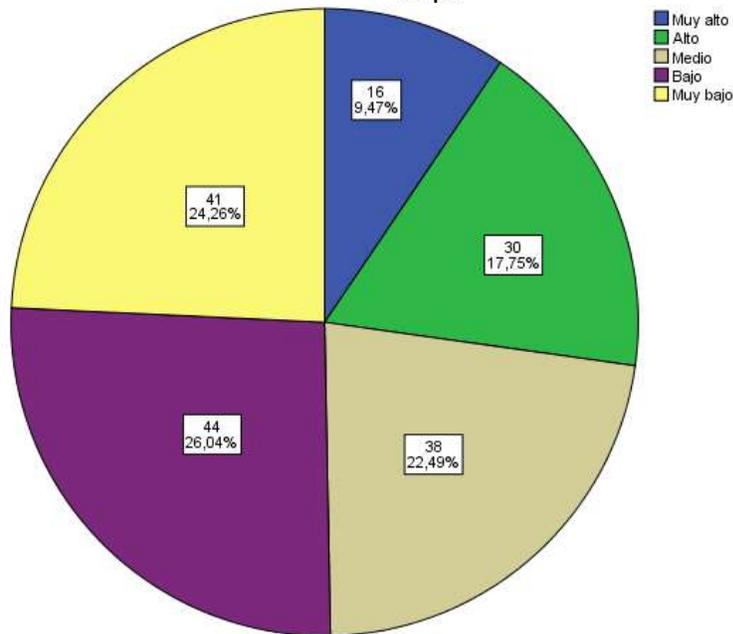


Figura 06: Grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope

Según la figura 06, relacionada al grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope, encontramos con el 26.04% bajo, 24.26% muy bajo, 22.49% medio, 17.75% alto, y con el 9.47% muy alto.

Tabla 09: Tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad total	12	7,1
Tipo de labor	26	15,4
Enfermedad	72	42,6
Riesgo para el compañero	44	26,0
Condición mental	15	8,9
Total	169	100,0



Figura 07: Tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope.

En la figura 07 el tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope lo realizan con el 42.60% por enfermedad, 26.04% por riesgo para el compañero, 15.38% por el tipo de labor, 8.88% por condición mental y 7.10% por discapacidad total.

Tabla 10: Tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
12 meses	42	24,9
Plazo inicial de 20 días	94	55,6
Mayor a 1 año	33	19,5
Total	169	100,0

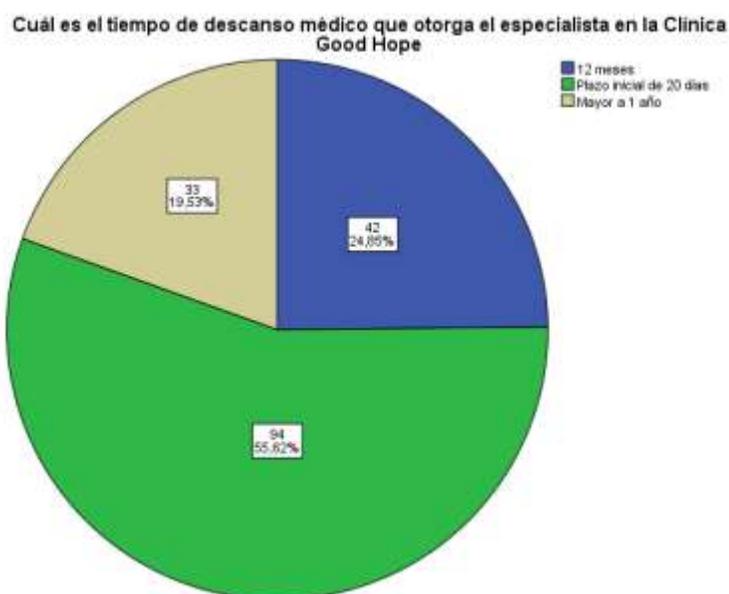


Figura 08: Tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope.

En la figura 08 el tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope, lo realizan con el 55.62% por un plazo de inicial de 20 días, 24.85% por un año y 19.53% mayor de un año.

Tabla 11: Índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	16	9,5
Alto	8	4,7
Medio	16	9,5
Bajo	34	20,1
Muy bajo	95	56,2
Total	169	100,0



Figura 09: Índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope.

En la figura 09 el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope, lo realizan con el 56.21% es muy bajo, 20.12% bajo, 9,475 medio y muy alto respectivamente, y con el 4.73% alto.

Tabla 12: Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy eficiente	13	7,7
Eficiente	36	21,3
Medio eficiente	42	24,9
Poco deficiente	78	46,2
Total	169	100,0

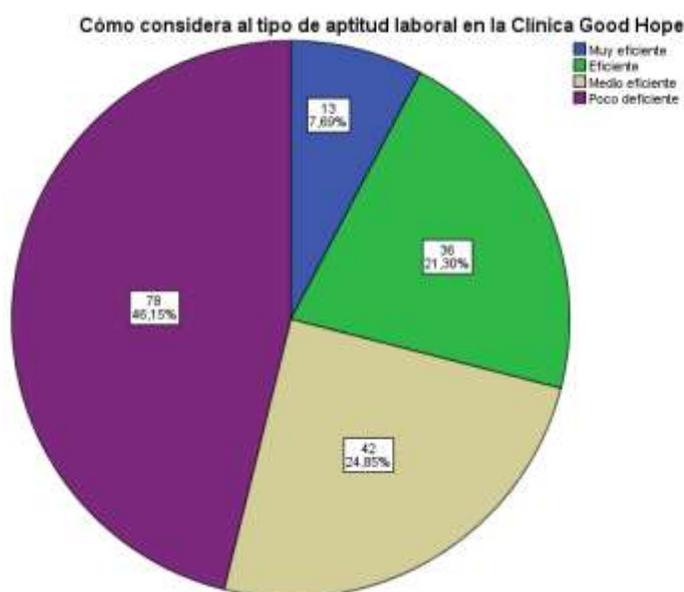


Figura 10: Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope

En la figura10, considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope, con el 46.15% poco deficiente, 24.85% medio eficiente, 21.30% eficiente y con el 7.69% muy eficiente.

Tabla 13: Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	85	50,3
Alto	17	10,1
Medio	17	10,1
Bajo	34	20,1
Muy bajo	16	9,5
Total	169	100,0

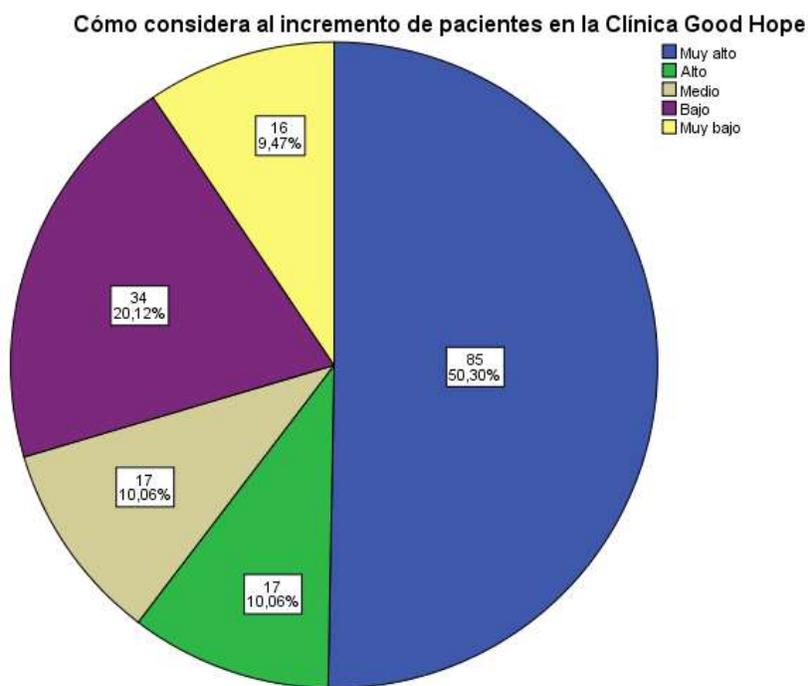


Figura 11: Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope

En la figura 11, considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope, con el 50.30% muy alto, 20.12% bajo, 10,06% alto y medio respectivamente y con el 9.47% muy bajo.

Tabla 14: Nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	21	12,4
Alto	18	10,7
Medio	18	10,7
Bajo	34	20,1
Muy bajo	78	46,2
Total	169	100,0

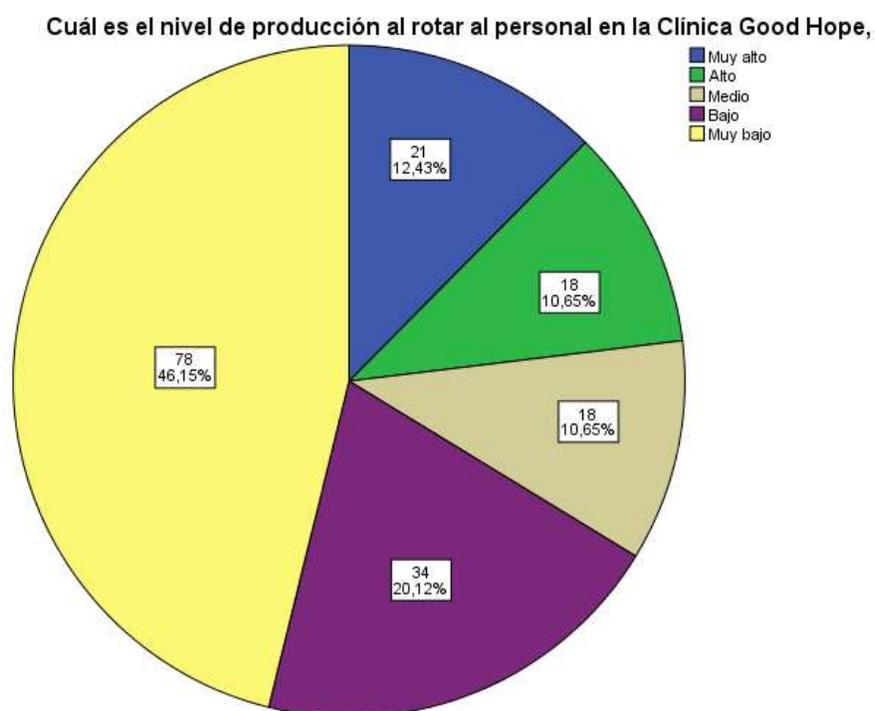


Figura 12: Nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope

En la figura12, el nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope, el 46.15% considera muy alto, 20.12% bajo, 10,65% alto y medio respectivamente y con el 12.43% muy bajo.

Tabla 15: Pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
< 10 pacientes	26	15,4
11 a 15 pacientes	39	23,1
16 a más pacientes	104	61,5
Total	169	100,0

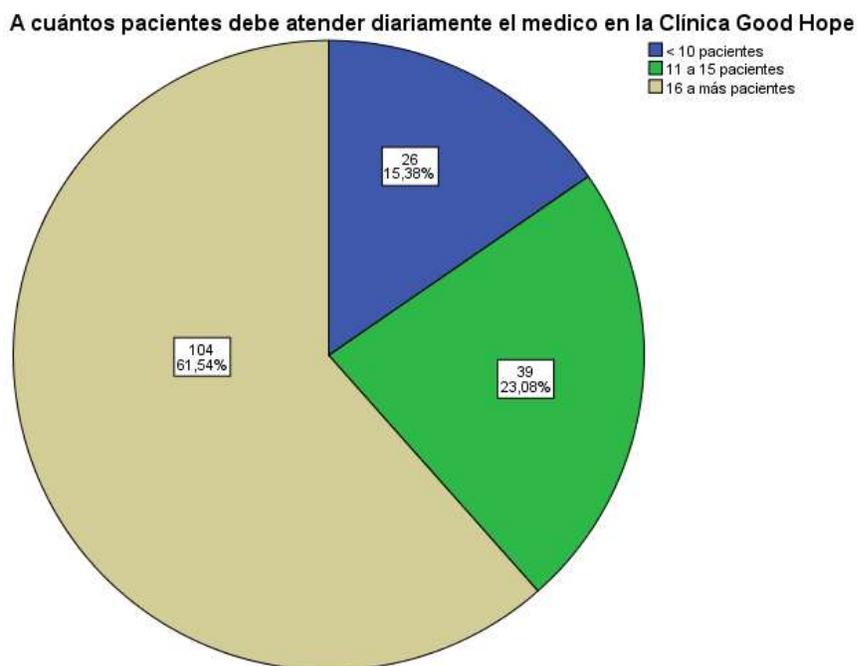


Figura 13: Pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope

En la figura13, en el número de pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope, el 61.54% es mas de 16 pacientes por día, 23.08% entre 11 a 15 pacientes y con el 15.38% menor de 10 paciente diarios.

Tabla 16: Índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	30	17,8
Alto	30	17,8
Medio	70	41,4
Bajo	20	11,8
Muy bajo	19	11,2
Total	169	100,0

Cuál es el índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope

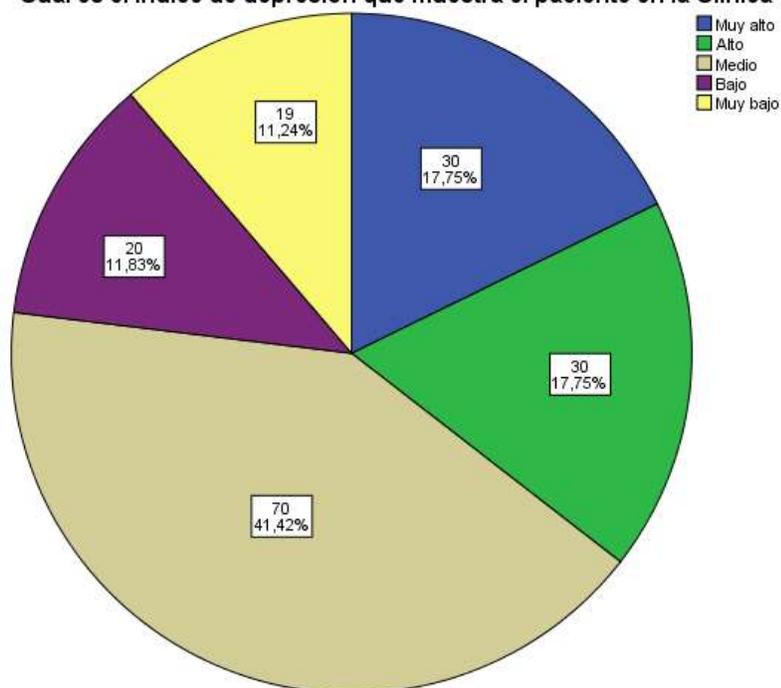


Figura 14: Índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope

En la figura14, en relación al índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, el 41.42% medio, 17,75% alto y muy alto respectivamente, 11.83% bajo y 11.24% muy bajo.

Tabla 17: Índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	32	18,9
Alto	33	19,5
Medio	68	40,2
Bajo	18	10,7
Muy bajo	18	10,7
Total	169	100,0

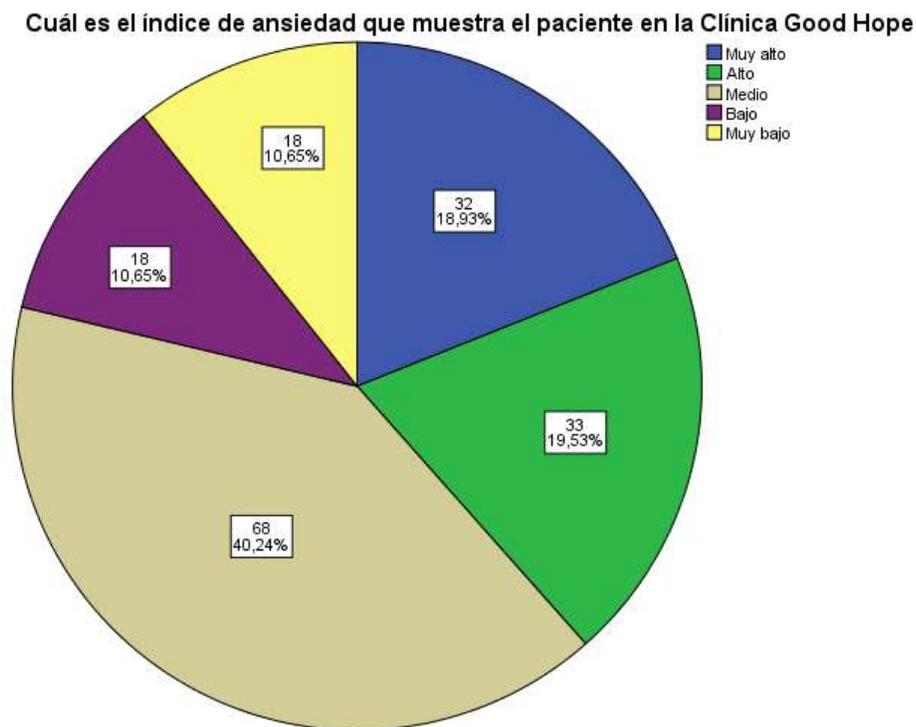


Figura 15: Índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope

En la figura15, en relación al índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, el 40.24% es medio, 19.53% alto, 18.93% muy alto, 11.83% bajo y 10.65% bajo y muy alto respectivamente.

Tabla 18: Frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	13	7,7
Alto	13	7,7
Medio	78	46,2
Bajo	39	23,1
Muy bajo	26	15,4
Total	169	100,0

Cuál es la frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope

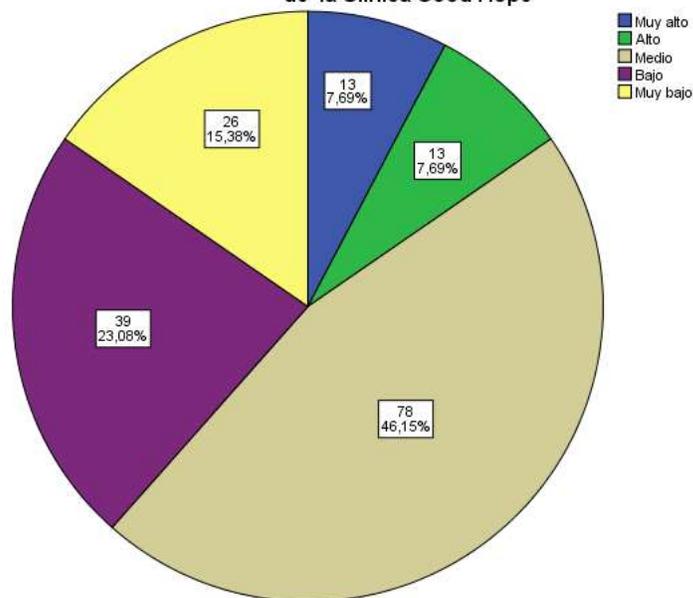


Figura 16: Frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.

En la figura 16, en relación a la frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, el 46,15% es medio, 23,08% bajo, 15,38% muy alto, y 7,69% alto y muy alto respectivamente.

Tabla 19: Principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Genéticas	17	10,1
Individuales	42	24,9
Ambiente Laboral	28	16,6
Dedicación laboral	82	48,5
Total	169	100,0

Cuales son las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope,

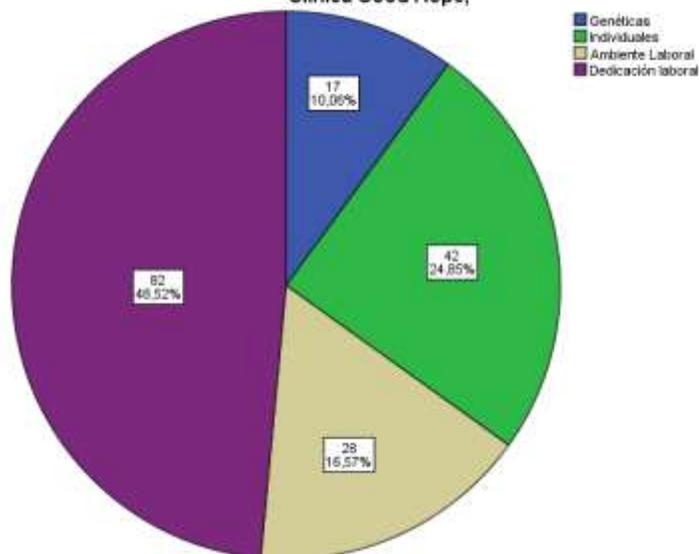


Figura 17: Principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope

En la figura 17, en relación a las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, el 48.52% es por dedicación laboral, 24.85% son individuales, 16.57% es por ambiente laboral, y 10.06% es pro genética.

Tabla 20: Principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Dificultades de concentración	40	23,7
Falta de paciencia	20	11,8
Baja autoestima	10	5,9
Irritabilidad	30	17,8
Falta de confianza	10	5,9
Estados depresivos	55	32,5
Sentimientos encontrados	4	2,4
Total	169	100,0

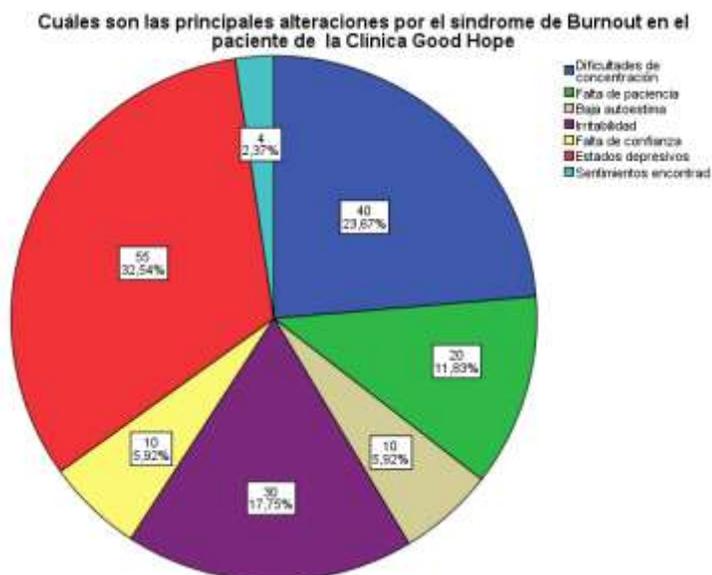


Figura 18: Principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope.

En la figura18, encontramos que las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, con 32.54% son por estados depresivos, 23.67% son por dificultades de concentración, 17.75% por irritabilidad, 11.83% por falta de paciencia, 5.92% falta de confianza y baja autoestima respectivamente y con el 2.37% por sentimientos encontrados.

Tabla 21: Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Actividades en laboratorio	24	14,2
Actividades administrativas	34	20,1
Consultas medicas	63	37,3
Atención en emergencias	8	4,7
Servicio de mantenimiento	32	18,9
Servicio de cocina	8	4,7
Total	169	100,0

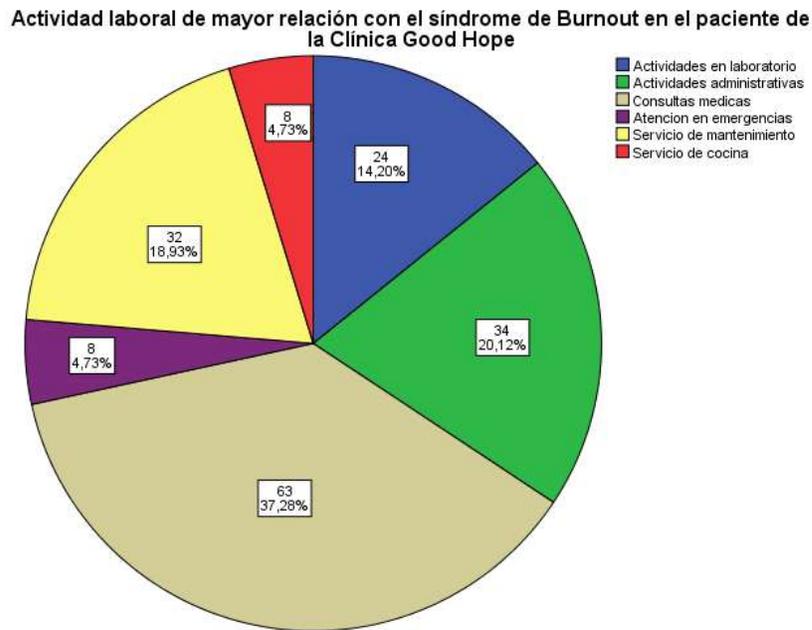


Figura 19: Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope

En la figura19, encontramos que la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope es con el 37.28% por consultas médicas, 20,12% por actividades administrativas, 18.93% en servicio de mantenimiento, 14.20% por actividades de laboratorio y 4.73% por servicio de cocina y atención de emergencias respectivamente.

Tabla 22: Índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	33	19,5
Alto	31	18,3
Medio	67	39,6
Bajo	19	11,2
Muy bajo	19	11,2
Total	169	100,0

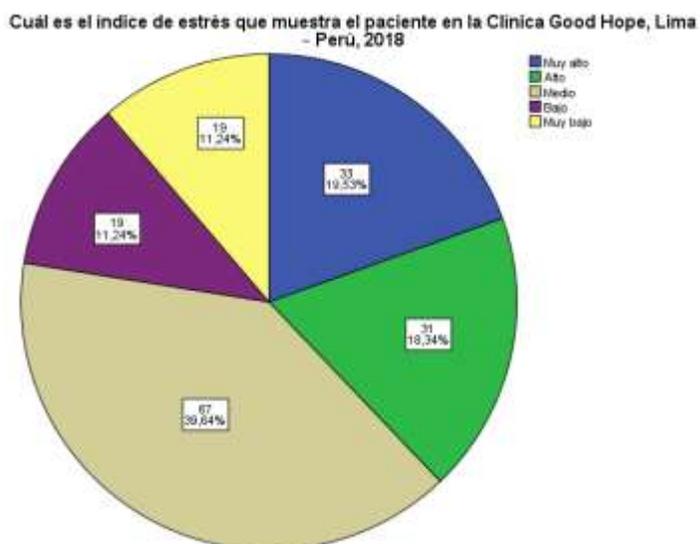


Figura 20: Cuál es el índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018

En la figura20, encontramos que el índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, es con el 39.64% muy bajo, 19.53% muy alto, 18,34% alto, 11.24% muy bajo y bajo respectivamente.

5.1.1 Análisis inferencial:

Tabla 23: Prueba de normalidad.

Cuál es el índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cuáles son las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope,	Muy alto	,326	42	,000	,763	42	,000
	Alto	,357	22	,000	,728	22	,000
	Medio	,318	53	,000	,772	53	,000
	Bajo	,265	16	,004	,822	16	,005
	Muy bajo	,219	36	,000	,847	36	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

De acuerdo a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov^a, encontramos una significancia de 0.000 y 0.004 que es menor de p. valor 0.05, ello nos determina que los datos no provienen de una normalidad, por lo tanto, debe utilizarse la prueba de Rho de Spearman para la obtención de los datos en la presente investigación.

Contrastación de hipótesis.

3.1 Hipótesis General

H1: La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Ho: La sobrecarga laboral no está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tabla 24: Contrastación de la hipótesis general

Rho de Spearman		Cuál es el índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope	Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope
Cuál es el índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	1,000	,152*
	Sig. (bilateral)	.	,049
	N	169	169
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	,152*	1,000
	Sig. (bilateral)	,049	.
	N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.152 es una correlación positiva baja entre el índice de sobrecarga laboral y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.049 es menor de $p = 0.05$ lo que nos permite confirmar que: La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

3.2 Hipótesis Secundarias

Primera Hipótesis Secundaria:

H1: La actividad laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Ho: La actividad laboral no está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018

Tabla 25: Contrastación de la primera hipótesis secundaria.

Rho de Spearman		Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope
Actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	1,000	,048
	Sig. (bilateral)	.	,532
	N	169	169
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	,048	1,000
	Sig. (bilateral)	,532	.
	N	169	169

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.532 es una correlación moderada entre la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.048 es menor de $p= 0.05$ lo que nos permite confirmar que: La actividad laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Segunda Hipótesis Secundaria:

H1: El ausentismo por descanso médico está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Ho: El ausentismo por descanso médico no está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tabla 26: Contrastación de la segunda hipótesis secundaria.

Rho de Spearman		Cuál es el grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope	Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope
Cuál es el grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope	Coeficiente de correlación	1,000	-,152*
	Sig. (bilateral)	.	,048
	N	169	169
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coeficiente de correlación	-,152*	1,000
	Sig. (bilateral)	,048	.
	N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

De acuerdo a la prueba Rho de Spearman, encontramos que -0.532 es una correlación negativa entre grado ausentismo laboral por descanso médico y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.048 es menor de $p= 0.05$ lo que nos permite confirmar que: El ausentismo por descanso médico está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tercera Hipótesis Secundaria:

H1: La rotación del personal está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Ho: La rotación del personal no está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tabla 27: Contrastación de la tercera hipótesis secundaria.

Rho de Spearman		Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Cuál es el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	1,000	-,157*
	Sig. (bilateral)	.	,041
	N	169	169
Cuál es el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope	Coefficiente de correlación	-,157*	1,000
	Sig. (bilateral)	,041	.
	N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Con la prueba Rho de Spearman, encontramos que -0.157 es una correlación negativa entre las principales alteraciones por el síndrome de Burnout y el índice de rotación de personal, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.041 es menor de $p= 0.05$ nos permite confirmar que: La rotación del personal está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Cuarta Hipótesis Secundaria:

H1.: El Incremento de pacientes se relaciona con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Ho.: El Incremento de pacientes no se relaciona con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tabla 28: Contrastación de la cuarta hipótesis secundaria.

Rho de Spearman		Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope
Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope	Coeficiente de correlación	1,000	,154*
	Sig. (bilateral)	.	,045
	N	169	169
Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope	Coeficiente de correlación	,154*	1,000
	Sig. (bilateral)	,045	.
	N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.154 es una correlación positiva baja entre las principales alteraciones por el síndrome de Burnout y el al incremento de pacientes, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.045 es menor de $p= 0.05$ nos permite confirmar que: El Incremento de pacientes se relaciona con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

5.2 Discusión de resultados:

El tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope lo realizan con el 42.60% por enfermedad, 26.04% por riesgo para el compañero, 15.38% por el tipo de labor, 8.88% por condición mental y 7.10% por discapacidad total. *Orozco (2017)*, señala que “las incapacidades por causas medica certificada por CIE 10 son: (A09X) diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 17,6%, seguido de (J068) otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias con un 12% y por el ultimo (M545) lumbago no especifico con un 10,4%”⁸. En la investigación se determinó que el tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope, lo realizan con el 55.62% por un plazo de inicial de 20 días, 24.85% por un año y 19.53% mayor de un año. Según *Orozco*, “el mayor porcentaje encontrado de la encuesta fue en la pregunta relacionada con haber experimentado dolor de cabeza recientemente, en la cual la mitad de los encuestados respondieron afirmativamente. El riesgo biomecánico en la matriz de riesgo y peligro es el que tiene mayor priorización porque los movimientos repetitivos, cargas estáticas y posturas prolongadas le corresponden el 51% de la población expuesta y el riesgo físico que compromete la iluminación y el ruido, con un 48%. En la matriz de riegos no han considerado los riesgos biológicos, y según las incapacidades por diagnostico CIE 10, el principal motivo de incapacidad es la gastroenteritis, y este diagnóstico puede ser asociado a este tipo de riesgo y también. Para la matriz de riesgos y su relación con el auto reporté de signos y síntomas se debe analizar el riesgo psicosocial y riesgo público teniendo en cuenta que el sistema neurológico presentó mayor cantidad de síntomas. De acuerdo a la relación de resultados entre el auto reporte de signos y síntomas, incapacidades y matriz de peligros por frecuencia y porcentaje, el ausentismo laboral de la empresa están directamente relacionados, los factores estudiado y más relevantes son: el sistema gastrointestinal con un porcentaje promedio 7,5%, en el sistema osteomuscular 7% y el sistema respiratorio 14,2%”⁸.

Rodríguez P., Rodríguez A., Riveros, Rodríguez M., D´Luyz, y Pinzón (2011). Encuestan 184 trabajadores de la salud -médicos, enfermeras y personal auxiliar-, 139 mujeres (75,5%) y 45 hombres (24,5%), con una prevalencia del 2,2% para SB. En modelo de regresión logística multinomial se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) para baja realización personal y despersonalización. Prevalencia para agotamiento emocional 20,6%, despersonalización 16,8% y baja realización personal 7,6%”. Según la investigación, el Género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope, encontramos que el 59.76% son del sexo masculino y el 40.24% del sexo femenino.

La investigación establece la relación a la frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, el 46.15% es medio, 23.08% bajo, 15.38% muy alto, y 7.69% alto y muy alto respectivamente. Según **Sánchez (2013)**, el mismo autor refiere que se cree que el “Burnout no es exclusivo de profesionales de la Salud y de personas que trabajan en interacción con otras, sino que puede tener otros factores causales hasta ahora desconocidos. El Síndrome de “Burnout” tiene tres componentes característicos: 1) El cansancio emocional, se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales. Se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, y que se manifiestan en términos físicos, psíquicos o como una combinación de ambos. 2) La despersonalización o deshumanización, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia receptores como pueden ser pacientes, clientes, compañeros, etc. Se manifiesta por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo. 3) La falta de realización personal o incompetencia personal; consiste en evaluar el propio trabajo y a uno mismo de forma negativa, que se traduce en una baja productividad, incapacidad para soportar presión y una pobre autoestima”. La investigación, en relación a las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, el 48.52% es por dedicación laboral, 24.85% son individuales, 16.57% es por ambiente laboral, y 10.06% es pro genética, Asimismo las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, con 32.54% son por estados

depresivos, 23.67% son por dificultades de concentración, 17.75% por irritabilidad, 11.83% por falta de paciencia, 5.92% falta de confianza y baja autoestima respectivamente y con el 2.37% por sentimientos encontrados.

Para **Londoño y Parra (2015)**, en el “análisis de ausentismo laboral se encontraron 3.222 días perdidos, el género masculino representó la mayor proporción de ausentismo con 60% del total de datos siendo más relevante en los médicos y en el rango de edad entre 25 y 29 años. Los trabajadores con antigüedad laboral entre 1 a 5 años y los de menos de 1 año presentaron el 37,2% y 31% de los eventos de ausencias respectivamente. En cuanto al tipo de contingencia la enfermedad general concentró el 83,04% de los eventos siendo las enfermedades del sistema respiratorio las más prevalentes con 19,80% de los eventos de ausentismo”.

Fernández (2012), refiere que el principal objetivo de toda organización, “es aumentar la productividad. La importancia de incrementar la satisfacción laboral de los trabajadores radica en que ella repercute en la calidad de la atención, la productividad de los empleados, las relaciones personales, y el ausentismo, entre otras variables. Asimismo, el ausentismo laboral además de incidir en la productividad de las empresas, se considera actualmente como una de las causas que influye en la competitividad de las mismas provocando un aumento sensible en los costos del personal, que en definitiva encarece el producto final”. En la investigación encontramos que el grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope, con el 36.69% es eficiente, 27.22% medio eficiente, 18.34% poco deficiente, 13.02% deficiente y con el 4.73% muy eficiente.

“El ausentismo representa para la empresa un deterioro por diversos mecanismos. Las repercusiones económicas del ausentismo son gigantescas, desde el punto de a empresarial como macro social”. (Samaniego y Rodríguez, 1998). “El absentismo laboral es uno de los grandes problemas de la baja productividad de nuestro mercado de trabajo, y por tanto uno de los obstáculos a superar a la hora de plantearnos mejorar nuestra competitividad. La inversión que requiere la propuesta es significativamente menor a las erogaciones que efectúa actualmente debido a las ausencias que registra”.

De la estimación efectuada surge que, “el monto de la inversión calculada a 12 meses, es de \$98.718,00 y la pérdida calculada para el año 2014 con el índice de ausentismo actual es de \$2.443.778,34. Es decir que la organización no solo supera la pérdida con la aplicación de los planes de acción diseñados, sino puede incrementar la productividad, y disminuir los costos directos e indirectos generados por el ausentismo. Según la investigación relacionada al grado ausentismo laboral por descanso médico en la Clínica Good Hope, encontramos con el 26.04% bajo, 24.26% muy bajo, 17.75% alto, y con el 9.47% bajo””. **Bringas (2017)**, señala que el factor de mayor incidencia en la ausencia de los trabajadores fue la indiferente o escasa identificación institucional con 61,5%, a diferencia de los horarios de trabajo y clima laboral, en donde se encontraron de acuerdo con 83,4% y 75,9% respectivamente. El total de ausencias fue de 54%, mientras que el 60% utilizó un descanso médico para justificar su ausencia; siendo las causas: el 44% por cansancio, el 22% por aburrimiento, el 19% tuvo otros motivos y el 15% por desgano. El 72% de los trabajadores se ausentaron un día, mientras que la mayor parte fue la labor de estiba y desestiba con el 43.9%”.

Según la investigación, considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope, con el 46.15% poco deficiente, 24.85% medio eficiente, 21.30% eficiente y con el 7.69% muy eficiente. **Beltrán y Vargas (2007)**. Indica que “el absentismo no es sólo indicador de enfermedad en muchos casos, sino de insatisfacción en el trabajo; por lo tanto, esta problemática debe ser abordada por los servicios de salud en el trabajo, las áreas de administración de personal, los trabajadores y los empleadores, adoptando una metodología de trabajo interdisciplinaria, orientada hacia la investigación y el diseño de mejores condiciones y puestos de trabajo. En algunos países la implementación de nuevas normas relacionadas con el ausentismo laboral, da a los directores y gerentes mayor responsabilidad, autoridad y autonomía en áreas tales como el control del presupuesto y de los recursos humanos y administrativos. Los empleados del sector salud también tienen molestias o dolencias físicas, padecen de estrés, sufren accidentes domésticos y laborales, les duele la cabeza y se enferman, entonces deben recurrir a las ausencias laborales para sanarse de sus malestares o por lo menos iniciar un proceso de recuperación”. Esta investigación busca realizar un

estudio descriptivo sobre el ausentismo laboral que por causas médicas se presenta en el personal auxiliar de enfermería que labora en la Clínica Medilaser de Neiva, presentado durante el año 2007 para generar una comprensión dinámica y efectiva de la situación¹⁰.

En la investigación encontramos que la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope es con el 37.28% por consultas médicas, 20,12% por actividades administrativas, 18.93% en servicio de mantenimiento, 14.20% por actividades de laboratorio y 4.73% por servicio de cocina y atención de emergencias respectivamente, Para **Gonzales (2018)**. Según su investigación “estableció que del ρ _valué es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas por lo tanto, $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, las encuestas, obtuvieron puntuaciones, de Sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina con un (Promedio = 23.02) a diferencia de las encuestas de Sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de cirugía con un (Promedio = 37.98). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2017”³.

Según la investigación, en relación al índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, el 41.42% medio, 17,75% alto y muy alto respectivamente, 11.83% bajo y 11.24% muy bajo. Asimismo en relación al índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, el 40.24% es medio, 19.53% alto, 18.93% muy alto, 11.83% bajo y 10.65% bajo y muy alto respectivamente. Según **Ceballos (2014)**, “se lograron correlaciones positivas y significativas entre algunas dimensiones de SUSESO-ISTAS 21 (Exigencias psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Compensaciones y Doble presencia) con todos los factores de ESCAM. Mediante análisis de regresión se obtuvo que tres factores psicosociales (Exigencia psicosociales, Compensaciones y Doble presencia) contribuyen a explicar casi un tercio de la CMT Global”. A través de análisis de regresión lineal stepwise, se

encontró que existen variables predictoras (nivel de estudio, edad del trabajador/a, sexo de trabajador/a, número de hijos/as, edad de los hijos/as y condiciones ambientales de trabajo) que explican la variabilidad las dimensiones de Riesgos psicosociales. Por otra parte, las variables predictoras (sexo del trabajador/a, nivel de estudio, edad de los hijos/as, alteración de salud diagnosticada, desempeña otras funciones a la asistencia, ruido en el puesto de trabajo) explican la variabilidad de los factores de CMT. Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas entre las tres UPC participantes respecto a la percepción de Riesgos psicosociales y CMT. Se determinaron diferencias significativas entre los grupos de trabajo para Riesgos psicosociales y CMT. También la investigación nos permite encontrar que el índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, es con el 39.64% muy bajo, 19.53% muy alto, 18,34% alto, 11.24% muy bajo y bajo respectivamente.

En la investigación encontramos que en relación al índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope, con el 31.36% es medio, 244.85% muy alto, 21.30% muy bajo y con el 9.47% bajo. **Gonzales (2018)**. Según su investigación: “encontró que existen diferencias significativas en la percepción de Sobrecarga Laboral del Personal de Enfermería en los servicios de medicina y cirugía. Por otro lado, las encuestas se obtuvieron puntuaciones donde la sobrecarga laboral es mayor en el servicio de cirugía con un $p < 0,05$ y un porcentaje 33.3% en un nivel alto, se observó que, el 23.3% presenta un nivel bajo, el 63.3% tiene nivel medio y el 13.3% presenta nivel alto de sobrecarga laboral del Personal de Enfermería entre los servicios de medicina y el 20% presenta nivel bajo, el 46.7% presenta un nivel medio, el 33.3% presenta un nivel alto de sobrecarga laboral del personal de enfermería entre los servicios de cirugía”. Asimismo, encontramos en la investigación en las áreas de estudio con el 49.00% Hospitalización, 12.00% UCI, 11.00% Centro Obstétrico, 9.00% Neonatología y Centro Quirúrgico respectivamente, 8.00% Rehabilitación y 2.00% Emergencia.

Según la investigación, el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope, lo realizan con el 56.21% es muy bajo, 20.12% bajo, 9,47% medio y muy alto respectivamente, y con el 4.73% alto. Para **Ávila, Guerra y Mendoza**, “los hallazgos develaron que, en su mayoría, las causas de la rotación laboral no deseada están

relacionas con shocks, que son eventos fortuitos que la empresa pocas veces puede manejar, mientras que lo que respecta a la insatisfacción laboral, la mayor cantidad de salidas por este motivo se debió a la inconformidad con el salario y al poco reconocimiento laboral percibido”. También con la investigación se determinó que el nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope, el 46.15% considera muy alto, 20.12% bajo, 10,65% alto y medio respectivamente y con el 12.43% muy bajo.

Talledo (2018). En su tesis: “Factores de absentismo laboral en el personal de enfermería en un instituto especializado de enfermedades neurológicas 2015 – 2017, refiere que en la primera hipótesis específica se determinó que hubo influencia significativa en un 45% de la Incapacidad por enfermedad en el absentismo del personal de enfermería en un instituto especializado de enfermedades neurológicas”. De acuerdo a la investigación, considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope, con el 50.30% muy alto, 20.12% bajo, 10,06% alto y medio respectivamente y con el 9.47% muy bajo. Además, el número de pacientes que atiende diariamente el medico en la Clínica Good Hope, es el 61.54% más de 16 pacientes por día, 23.08% entre 11 a 15 pacientes y con el 15.38% menor de 10 paciente diarios.

5.3 Conclusiones:

Primera:

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.152 es una correlación positiva baja entre el índice de sobrecarga laboral y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.049 es menor de $p= 0.05$ lo que nos permite confirmar que: La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Segunda:

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.532 es una correlación moderada entre la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.048 es menor de $p= 0.05$ lo que nos permite confirmar que: La actividad laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Tercera:

De acuerdo a la prueba Rho de Spearman, encontramos que -0.532 es una correlación negativa entre grado ausentismo laboral por descanso médico y las principales alteraciones por el síndrome de Burnout, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.048 es menor de $p= 0.05$ lo que nos permite confirmar que: El ausentismo por descanso médico está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Cuarta:

Con la prueba Rho de Spearman, encontramos que -0.157 es una correlación negativa entre las principales alteraciones por el síndrome de Burnout y el índice de rotación de personal, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.041 es menor de $p= 0.05$ nos permite confirmar que: La rotación del personal está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

Quinta:

Según la prueba Rho de Spearman, encontramos que 0.154 es una correlación positiva baja entre las principales alteraciones por el síndrome de Burnout y el al incremento de pacientes, y de acuerdo al nivel de significancia bilateral, 0.045 es menor de $p= 0.05$ nos permite confirmar que: El Incremento de pacientes se relaciona con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.

5.4 Recomendaciones:

Primera:

Considerando el elevado índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope, encontramos un total del 69.23% entre medio, alto y muy alto, se debe coordinar con la gerencia de la empresa a fin de que tome las medidas necesarias para reducir este elevado porcentaje de la sobre carga laboral.

Segunda:

Según la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout, destaca con el 37.28% por consultas médicas, 20,12% por actividades administrativas, 18.93% en servicio de mantenimiento, sobre el particular, se elaborará informes justificatorios a fin de mitigar este grave problema.

Tercera:

En relación al grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope, encontramos un total de 49.73% entre medio, alto, y muy alto, igual que las conclusiones anteriores, también se debe desarrollar coordinaciones con la gerencia de la empresa a fin de que se tome las medidas necesarias que permitan reducir el presente problema.

Cuarta:

Considerando que, entre las principales alteraciones del síndrome de Burnout, destaca el 32.54% por estados depresivos, 23.67% por dificultades de concentración, 17.75% por irritabilidad, 11.83% por falta de paciencia, requiere desarrollar un programa de control específico sobre este problema de salud.

Quinta:

Según el incremento de pacientes relacionados al síndrome de Burnout encontramos con el 50.30% muy alto, 10,06% alto y medio respectivamente, se requiere un exhaustivo control y prevención de este problema, caso contrario la empresa se verá afectada en su producción y en especial sería un grave problema de salud.

5.5 Referencias bibliográficas

1. Edith Margot Gonzales Salazar (2018). *Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017.*
2. Ceballos (2014). *Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de unidades de pacientes críticos.*
3. Gonzales (2018). *Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017.*
4. Martínez (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.* Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. <http://www.ucm.es/info/vivatoca/numeros/n112/DATOSS.htm>
5. Carbajal y Palomino (2018). *Ausentismo laboral por causas médicas en trabajadores en una empresa metal – mecánica. enero a julio 2018.*
6. Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez y Coello (2010). *La historia clínica: un documento básico para el personal médico.*
7. Ávila, Guerra del Carpio y Mendoza (2017). *La rotación laboral no deseada: causas y consecuencias en organizaciones empresariales. análisis de una empresa peruana de consumo masivo.*

8. Orozco (2017). *Causas de ausentismo laboral en una empresa comercializadora de prendas de vestir con sede en Medellín.*
9. Londoño y Parra (2015). *Ausentismo laboral en el personal del área médica en una empresa de atención domiciliaria en el periodo enero a diciembre de 2.015*
10. Carbajal y Palomino (2018). *Ausentismo laboral por causas médicas en trabajadores en una empresa metal – mecánica. Enero a Julio 2018.*
11. Rodríguez P., Rodríguez A., Riveros, Rodríguez L., y Pinzón (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010.*
12. Pinedo, y Rivera (2017). *Factores relacionados al ausentismo laboral en el personal administrativo de un hospital nacional.*
13. Beltrán y Vargas (2007). *Análisis descriptivo del ausentismo laboral por causa médica presente en el personal auxiliar de enfermería de la clínica medilaser de la ciudad de Neiva periodo enero – diciembre 2007.*
14. Bringas (2017); *Factores asociados al ausentismo laboral por descanso medico de los trabajadores de la empresa de tercerización Representaciones AGROMASTER S.A.C.*
15. Caballero (2015). *El ausentismo en la empresa y su relación con la satisfacción laboral.*
16. Fernández (2012), en su tesis: *Variables determinantes de las indisposiciones laborales: análisis en una empresa sociosanitaria pública de baleares (1995-2010).*

17. Gonzales (2018). *Sobrecarga laboral del personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2017*
18. Sánchez (2013). *El absentismo laboral en España. del ordenamiento jurídico a la realidad empresarial-*
19. Talledo (2018). *Factores de absentismo laboral en el personal de enfermería en un instituto especializado de enfermedades neurológicas 2015 – 2017.*

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><u>Problema Principal</u></p> <p>¿Cuál es la relación de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?</p>	<p><u>Objetivo General</u></p> <p>Determinar la relación de la sobrecarga laboral con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018?</p>	<p><u>Hipótesis General</u></p> <p>La sobrecarga laboral está relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018.</p>	<p>Variable X.</p> <p>Sobrecarga Laboral:</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Nivel: - Descriptivo-correlacional</p>
<p><u>Problemas Secundarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018? • ¿Cuál es la relación entre el ausentismo por descanso médico con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018? • ¿Cuál es la relación de la rotación del personal con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018? • ¿Cuál es la relación entre el Incremento de pacientes con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018? 	<p><u>Objetivos Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018 • Fijar la relación del ausentismo por descanso médico y el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018. • Precisar la relación la rotación del personal con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018 • Encontrar la relación entre el Incremento de pacientes con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018. 	<p><u>Hipótesis Específicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existiría actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018 • El ausentismo por descanso médico estaría relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018. • La rotación del personal estaría relacionada con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018 • El Incremento de pacientes se relacionaría con el síndrome de Burnout en una entidad de servicio de salud “Good Hope”-Lima, Año 2018. 	<p>Variable Y.</p> <p>Síndrome de Burnout :</p>	<p>Método: - Hipotético-Deductivo</p> <p>Diseño: - Descriptivo - correlacional</p> <p>Población: -La población o universo de la presente investigación estará constituida por</p> <p>Muestra: - usuarios externos, obtenidos por muestreo probabilístico simple.</p>

2. Instrumento

1. ¿Cuál es la forma de control de asistencia en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a.. Solo con firma (), b. Huella digital (), c. En pantalla sin huella digital ()

2. ¿Cuál es el índice de sobrecarga laboral en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()

3. ¿Cuál es el grado ausentismo laboral por descanso medico en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()

4. ¿Cuál es el tipo de descanso médico que otorga el profesional especialista en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Discapacidad total (), b. Tipo de labor (), c. Enfermedad (), d. Riesgo para el compañero (), e. Condición mental ()

5. ¿Cuál es el tiempo de descanso médico que otorga el especialista en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. 12 meses (), b. Plazo inicial de 20 días (), c. Mayor a 1 año (),

6. ¿Cuál es el género que más descansos médicos ha recibido en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Masculino (), b. Femenino ()

7. ¿Cuál es el índice de rotación de personal en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()

8. ¿Cómo considera al tipo de aptitud laboral en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Muy eficiente (), b. Eficiente (), c. Medio eficiente (), d. Poco eficiente (), e. Deficiente ()

9. ¿Cuál es el grado de eficiencia de desempeño laboral en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
 - a. Muy eficiente (), b. Eficiente (), c. Medio eficiente (), d. Poco eficiente (), e. Deficiente ()

10. ¿Cuál es el nivel de producción al rotar al personal en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
- ¿Cómo considera al incremento de pacientes en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
11. ¿A cuántos pacientes debe atender diariamente el medico en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. < 10 pacientes (), b. 11 a 15 pacientes (), c. 16 a más pacientes ()
12. ¿Cuál es el índice de depresión que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
13. ¿Cuál es el índice de estrés que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
14. ¿Cuál es el índice de ansiedad que muestra el paciente en la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
15. ¿Cuál es la frecuencia de la presentación del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Muy alto (), b. Alto (), c. Medio (), d. Bajo (), e. Muy Bajo ()
16. ¿Cuáles son las principales causas del síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Genéticas (), b. Individuales (), c. Ambiente Laboral (), d. Dedicación laboral ()
17. ¿Cuáles son las principales alteraciones por el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018
- a. Dificultades de concentración (), b. Falta de paciencia (), c. Baja autoestima (), d. Irritabilidad (), e. Falta de confianza (), f. Estados depresivos (), g. Sentimientos encontrados ()
18. ¿Cuál es la actividad laboral de mayor relación con el síndrome de Burnout en el paciente de la Clínica Good Hope, Lima – Perú, 2018?
- a. Atención (), b. Cuidado (), c. Tratamiento (), d. Prevención ()

3. Validación de instrumento



**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
- 1.2 Grado académico:
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
- 1.4 Título de la Investigación:
-
-
- 1.5 Autor del instrumento:
- 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención:
- 1.7 Nombre del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) :

VALORACION CUALITATIVA :

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

experto

Firma y Pos firma del
DNI:

**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

II. DATOS GENERALES

- 2.1 Apellidos y nombres del experto:
- 2.2 Grado académico:
- 2.3 Cargo e institución donde labora:
- 2.4 Título de la Investigación:
-
- 2.5 Autor del instrumento:
- 2.6 Maestría/ Doctorado/ Mención:
- 2.7 Nombre del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
11. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
12. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
13. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
14. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
15. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
16. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
17. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
18. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
19. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
20. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) :

VALORACION CUALITATIVA :

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

experto

Firma y Pos firma del

DNI:

**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

III. DATOS GENERALES

- 3.1 Apellidos y nombres del experto:
- 3.2 Grado académico:
- 3.3 Cargo e institución donde labora:
- 3.4 Título de la Investigación:
-
- 3.5 Autor del instrumento:
- 3.6 Maestría/ Doctorado/ Mención:
- 3.7 Nombre del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
21. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
22. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
23. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
24. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
25. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
26. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
27. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
28. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
29. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
30. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) :

VALORACION CUALITATIVA :

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

experto

Firma y Pos firma del

DNI:



VICERRECTORADO ACADEMICO

ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

IV. DATOS GENERALES

- 4.1 Apellidos y nombres del experto:
- 4.2 Grado académico:
- 4.3 Cargo e institución donde labora:
- 4.4 Título de la Investigación:
-
-
- 4.5 Autor del instrumento:
- 4.6 Maestría/ Doctorado/ Mención:
- 4.7 Nombre del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
31. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
32. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
33. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
34. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
35. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
36. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
37. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
38. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
39. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
40. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) :

VALORACION CUALITATIVA :

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

experto

Firma y Pos firma del

DNI:



VICERRECTORADO ACADEMICO

ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

V. DATOS GENERALES

5.1 Apellidos y nombres del experto:

5.2 Grado académico:

5.3 Cargo e institución donde labora:

5.4 Título de la Investigación:

.....

.....

5.5 Autor del instrumento:

5.6 Maestría/ Doctorado/ Mención:

5.7 Nombre del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
41. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					
42. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
43. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					
44. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					
45. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
46. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					
47. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					
48. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
49. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
50. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) :

VALORACION CUALITATIVA :

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha:

experto

Firma y Pos firma del

DNI:

4.- Tabla de prueba de validación:

Nro. Ord.	Grado y nombre y apellidos del experto	Puntaje de calificación
01	MG. MARIA LUISA VALDIVIA BOCANEGRA	18.20
02	MG. JOSE ANIBAL TORREBLANCA GARCIA	17.28
03	MG. GISSELE LA CRUZ CESPEDES	18.40
04	MG. KEYLA MAMANI MORON	18.10
05	MG. GLADYS TOYOHANA POCCO	18.26
	PROMEDIO DE CALIFICACION	18.04

Lima, 6 de diciembre 2019

5. Copia de datos procesados

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Gradoeficie...	Numérico	8	2	Cuál es el grad...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	Géneromás...	Numérico	8	2	Cuál es el géne...	(1,00, Masc ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Formacontr...	Numérico	8	2	Cuál es la form...	(1,00, Solo ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Índicesobre...	Numérico	8	2	Cuál es el indic...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
5	Gradoausen...	Numérico	8	2	Cuál es el grad...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	Tipodescan...	Numérico	8	2	Cuál es el tipo ...	(1,00, Disca...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	Tiempodesc...	Numérico	8	2	Cuál es el tiem...	(1,00, 12 m...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	Índicerotaci...	Numérico	8	2	Cuál es el indic...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	Considerati...	Numérico	8	2	Cómo consider...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	Considerain...	Numérico	8	2	Cómo consider...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	Nivelproducr...	Numérico	8	2	Cuál es el nivel ...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	Cuántospac...	Numérico	8	2	A cuántos paci...	(1,00, < 10 ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	Índicepre...	Numérico	8	2	Cuál es el indic...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
14	Índiceansie...	Numérico	8	2	Cuál es el indic...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
15	Frecuenciap...	Numérico	8	2	Cuál es la frecu...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	Principalesc...	Numérico	8	2	Cuáles son las ...	(1,00, Gené...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	Principalesa...	Numérico	8	2	Cuáles son las ...	(1,00, Dífic...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	Actividlabor...	Numérico	8	2	Actividad labora...	(1,00, Actí...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	Índiceestrés	Numérico	8	2	Cuál es el indic...	(1,00, Muy ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

6. Consentimiento informado

En _____ la _____ fecha,
yo..... he
tenido una reunión con la **Bach: Sheila Gabriela Torreblanca García**, quien
me hizo conocer sobre la importancia de su trabajo de investigación: **Sobrecarga
laboral y su relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad
de servicio de salud, 2018.** el mismo que me parece muy interesante para los
pacientes, por lo que acepto las preguntas que se me hicieran en relación al tema
investigado, dando mi consentimiento por la información.

Lima, 2019

ENCUESTADO

7. Autorización de la entidad.

8.- Declaración de autenticidad de plan de tesis.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Sheila Gabriela Torreblanca García, estudiante de Posgrado en la Maestría en Salud Pública, en la Universidad Alas Peruanas, identificada con DNI. N° 25614728.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del Plan de Tesis: Sobrecarga laboral y su relación con el síndrome de Burnout en trabajadores de una entidad de servicio de salud, 2018, la misma que presento para optar el grado académico de maestro en Salud Ocupacional.
2. El plan de tesis no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. El plan de tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. El plan de tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente la Universidad Alas Peruanas cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la Universidad Alas Peruanas, en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones ⁹⁵ conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Alas Peruanas.

Lima, 6 de diciembre 2019

Sheila Gabriela Torreblanca García
DNI. N° 25614728

