

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y LABORALES ASOCIADOS AL
SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
BASE VALDIVIA, 2012”**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Cristina Edith Opazo Schwarzenberg
Karla Daniela Pino Huenchul
María Paz Potthoff Cortes

VALDIVIA – CHILE
2012

Profesor Patrocinante:

Nombre : Fredy Seguel Palma.
Profesión : Enfermero Universitario.
Grado : Doctor © en Enfermería, Magíster en Salud Pública, Mención en Salud Ocupacional
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Cecilia Beatriz Burgos Saelzer
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Magíster en Bioética (c)
Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Nombre : Sonia Elisa Garnica Talcado
Profesión : Enfermera Universitaria
Grado : Licenciada en Enfermería.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	
2.1 Globalización	2
2.2 Salud Laboral	3
2.3 Sobrecarga Laboral	4
2.4 Estrés y Enfermería	6
2.5 Síndrome de Burnout	7
2.6 Enfermería y Síndrome de Burnout	11
2.7 Impacto en el cuidado de Enfermería	13
2.8 Repercusión en la calidad de la atención	14
2.9 Teorías de Enfermería y Síndrome de Burnout	16
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS	
4.1 Objetivo General	20
4.2 Objetivos Específicos	20
METODOLOGIA	
5.1 Tipo de Estudio	21
5.2 Lugar de desarrollo	21
5.3 Población	21
5.4 Muestra	21
5.5 Criterios de exclusión	22
5.6 Material y método	22
5.7 Procesamiento estadístico	24
5.8 Variables	24
PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN/DISCIPLINA/SALUD PÚBLICA	28

RIGOR ÉTICO	
7.1 Valor	29
7.2 Validez científica	29
7.3 Selección equitativa del sujeto	29
7.4 Proporción favorable de riesgos y beneficios	29
7.5 Consentimiento Informado	30
7.6 Respeto a los sujetos inscritos	30
7.7 Evaluación independiente	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIÓN	65
REFERENCIAS	66

RESUMEN

El personal de enfermería, a lo largo del desempeño de su labor, se encuentra sometido a diversas situaciones que pueden generar de una u otra manera, una gran carga de estrés, afectando en su ámbito emocional, laboral y físico. Todo esto producto de diversos factores como la sobrecarga laboral, la edad, estado civil, características de personalidad, entre otras, que pueden o no influenciar en la aparición de esta respuesta. Por esto los profesionales de enfermería son un grupo susceptible de padecer síndromes generados por el estrés, como lo es el Síndrome de Burnout, cuadro de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional en el trabajo, que surge como consecuencia de un estrés laboral crónico excesivo.

La presente investigación tiene por objetivo identificar los factores personales, familiares y laborales asociados a la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia.

El diseño de la investigación es cuantitativo, de tipo transversal, observacional, de asociación y explicativo, el cual a través de la observación de un fenómeno en su totalidad, y en el momento actual, nos permite conocer cómo estos factores se relacionan, determinando la asociación con el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de un cuestionario que estaba compuesto por la escala Maslach Burnout Inventory, para medir la prevalencia del Síndrome de Burnout, y un cuestionario con preguntas que permitieron identificar factores personales, familiares y laborales de los individuos. La muestra se seleccionó mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional, vale decir al azar, de manera equitativa, desde los diferentes servicios que formaron parte de la investigación, según los criterios de exclusión.

Se pudo concluir que la variable sexo se distribuye de manera homogénea, por lo que no es significativa en la aparición del Síndrome de Burnout, al igual que la presencia de hijos y la variable situación de pareja, sin embargo las personas sin pareja presentan una leve tendencia a niveles altos de Burnout. En relación a los servicios todos presentaron una sobrecarga laboral con más de 45 hrs semanales de trabajo, con respecto a los resultados de la Escala Maslach Burnout Inventory, estos fueron relativamente homogéneos destacando un leve aumento en Urología, Diálisis y Consultorio Adosado de Especialidades.

SUMMARY

The nursing staff, throughout the course of their work are subjected to various situations that can generate one way or another, a great deal of stress, affecting their emotional, occupational and physical levels. This product of various factors that may or may not influence the occurrence of this response, among whom we work overload, personal factors such as age, marital status, personality characteristics, among others. Therefore, nurses are a susceptible group of diseases generated by stress, such as Burnout Syndrome, which corresponds to a picture of emotional exhaustion, depersonalization and low professionalism at work, which appears as a result of excessive chronic job stress.

This research has as an objective to identify the factors personal, family and work related to the presence of Burnout syndrome in nurses of the Hospital Base Valdivia.

The research design is quantitative, cross-sectional, observational, association and explanatory, through the observation of a phenomenon in its entirety, and at present, we can understand how these factors relate, determining the association with the Burnout syndrome in professional nursing.

The data will be obtained through the application of Maslach Burnout Inventory, to measure the prevalence of Burnout syndrome, and another to measure the personal, family and work of individuals. The sample will be selected through a proportional stratified random sampling, ie, will be randomly selected, equally, from the different services that are part of the investigation, as exclusion criteria.

We concluded that the sex variable is distributed evenly, so it is not significant in the development of Burnout Syndrome, as well as the presence of children and the evolving situation of couples, but people without partners show a slight tendency to high levels of Burnout. In relation to services all had work overload more than 45 hours per week of work with respect to the results of the Maslach Burnout Inventory Scale, these were relatively homogeneous noting a slight increase in Urology, Dialysis and Townhouse Clinic Specialties.

1. INTRODUCCIÓN

El mundo moderno ha traído avances en diferentes ámbitos; uno de los más significativos son en medicina y tecnología, estableciendo nuevas demandas para todos los integrantes del equipo de salud y nuevas exigencias en el desempeño de su labor.

El personal de enfermería, como integrante del equipo de Salud y del mundo globalizado no está ajeno a esta realidad, ya que a lo largo del desempeño de su labor, se encuentra sometido al avance permanente en salud lo que va de la mano con el aumento en la tecnología y la necesidad de actualización continua, que pueden generar de una u otra manera una gran presión de trabajo con alta carga de estrés, afectando su ámbito emocional, laboral y físico, repercutiendo en su desempeño como profesional, con la consecuente disminución de habilidades y la promoción de un ambiente hostil con sus pares.

El personal de enfermería es un grupo susceptible de padecer enfermedades generadas por estrés, producto de la carga laboral y emocional a la que está expuesto; un ejemplo de esto es el Síndrome de Burnout, que corresponde a un cuadro de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional en el trabajo, que aparece como consecuencia de la exposición a situaciones demandantes (turnos de noche, exponerse al dolor de otros, muerte, entre otros)

El propósito de esta investigación es determinar la asociación que tienen los factores personales, familiares y laborales en la ocurrencia y gravedad del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Hospital Base Valdivia (HBV) y caracterizar a la población con riesgo de presentar Síndrome de Burnout.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 GLOBALIZACIÓN

La globalización como un fenómeno de alcance mundial trae consigo ventajas y desventajas para la sociedad; entre las primeras se encuentran el desarrollo de las comunicaciones y redes que permite que operaciones entre dos lugares distantes se realicen en tiempo real y de forma inmediata; que los dineros se muevan rápidamente y sin restricciones; haya una mayor difusión de aspectos culturales entre varios países. Pequeñas economías o pueblos aislados tienen la oportunidad de relacionarse económica y culturalmente con los países desarrollados, ampliando así sus posibilidades de crecimiento y elevando sus estándares de vida. En las desventajas, la inmediatez de los eventos económicos lleva a que los efectos de cualquier crisis internacional sean más amplios y perjudique a la población, aumente la brecha económica entre los pueblos al acentuar aún más las diferencias entre los países pobres productores de materias primas y las naciones desarrolladas. Una de las características fundamentales de la globalización es la concentración del capital y el incremento de la pobreza; los ricos se hacen cada vez más ricos y los pobres cada vez más pobres, debido a que el mundo produce más riqueza pero esta se concentra en unas pocas manos. Desde el punto de vista cultural, se acusa a la globalización de crear una tendencia hacia la homogeneidad (Feo, 2003).

Todas estas características han significado para el ser humano asumir múltiples desafíos y enfrentar rápidos cambios, para lo que debe desplegar todos sus mecanismos de adaptación, no siempre con resultados favorables, presentándose un desequilibrio que tiene como consecuencia estrés.

Según Feo (2003), entre los efectos que surgen en la relación globalización-salud, se encuentra el aumento de las enfermedades producto de la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco; el movimiento de personas que facilita la transmisión de enfermedades, la degradación ambiental que deteriora la salud y la política de patentes que se enfrenta con la incapacidad de millones de personas de no poder acceder a las nuevas medicinas. Por lo tanto, la influencia de la globalización en la salud se evidencia en el impacto en la calidad de vida y los servicios sanitarios. En este sentido, las organizaciones financieras internacionales han comenzado una gran inversión, involucrándose en áreas como la seguridad social y la salud, viéndolas como espacios para el lucro y la inversión privada.

En el ámbito del trabajo, la globalización propone la desregulación del mercado laboral, que tiene como consecuencia la flexibilización y la precarización del empleo produciendo un aumento de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales (Feo, 2003).

2.2 SALUD LABORAL

Desde hace un tiempo la salud laboral ha tomado una importancia transcendental en temas tanto laborales como del ambiente sanitario, siendo una de las preocupaciones principales en salud pública, debido a que los trabajadores poseen una amplia representatividad a nivel de la población mundial, y son los protagonistas en la contribución con el desarrollo económico. Es por ello, que se han creado organismos encargados de proteger, promover y mejorar la salud de todos los trabajadores, tanto a nivel mundial como a nivel país, entre estos, la Organización Internacional del Trabajo, el Instituto de Salud Pública, las Mutualidades e Instituto de Seguridad Laboral (Parra, 2003).

Según la OMS, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en su realización como en las consecuencias de éste en el plano físico, social y mental, ya que al desempeñar una labor, no sólo se cubren las necesidades económicas de las personas, sino que además permite estar vigente en la sociedad, mantener contacto social y sentirse útil como contribuyente del bienestar de los demás, generando beneficios a la comunidad (Parra, 2003).

Se puede llegar, entonces, a considerar al trabajo como una fuente generadora de salud, ya que permite acceder a una serie de aspectos que favorecen su mantención en óptima calidad. Sin embargo, el trabajo también puede transformarse en un riesgo, en los casos en que las condiciones laborales no son las propicias, influyendo de manera negativa en la vida de las personas. Los daños más visibles son los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, que resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos. Dentro de los riesgos que influyen de manera negativa en el trabajo se encuentran los riesgos físicos, que dependen del tipo de trabajo, su ejecución y el ambiente; los riesgos sociales que corresponden a aspectos personales como edad, sexo, actitud hacia el trabajo, actitud hacia el riesgo, etc. Y finalmente se encuentran los riesgos organizacionales, como por ejemplo una jornada extensa, excesivos niveles de supervisión, claridad inadecuada en las órdenes de trabajo y la coherencia entre los niveles de mando, entre otras (Parra, 2003).

Es importante considerar que el trabajo puede agravar enfermedades preexistentes, como desordenes afectivos, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedad de las vías

aéreas, metabólicas y osteoarticulares, entre otras (Organización internacional del trabajo, 2010)(Ministerio de trabajo e inmigración, 2011).

Si el trabajo es nocivo debido a la sobrecarga, incluso estando el trabajador sano, aparecen malestares persistentes, caracterizados en su mayoría por dolor en zonas de cuello, espalda superior y en ambos hombros (Valecillo et al, 2009), que aunque no causen una enfermedad en sí, alteran el bienestar de la persona, lo que con el tiempo va limitando la capacidad de tolerancia y de respuesta al trabajo, repercutiendo en su calidad de vida.

2.3 SOBRECARGA LABORAL

El concepto de sobrecarga laboral es difícil de definir ya que se puede entender desde diferentes puntos, ya sea de manera cualitativa o cuantitativa, la primera se entiende como realizar tareas que superen el conocimiento del individuo, exigiéndolo intelectualmente, y la segunda consiste en realizar horas de trabajo excesivo o cantidad de tareas que superen las horas destinadas, realizando muchas actividades en poco tiempo (Secretaría de acción sindical, s.f.)(Pose, 2006).

De acuerdo a varios estudios realizados en profesionales de salud en relación a sobrecarga de trabajo, la realidad actual muestra registros de cargas horarias que exceden las 48 horas semanales, que dictan las regulaciones sobre horas en campo laboral general, es por ello, que la Asociación Médica Australiana establece que “aquellos médicos que trabajen cargas horarias superiores a las 70 horas tienen alto riesgo para la salud y por ende una mayor probabilidad de riesgos de accidentes, injurias y enfermedades”. Por esto, debido a las características de la jornada laboral, los profesionales de la salud que trabajen bajo estas condiciones asumen en general un riesgo alto para la salud (Bocanegra, 2012).

Por lo tanto las horas de trabajo son un factor importante a considerar en los efectos fisiológicos del cansancio en las personas. Según Bocanegra (2012), muchos de los efectos son semejantes a los de la intoxicación por alcohol, la hipoxia y la exposición excesiva al calor (insolación), por ejemplo, si un profesional permanece 17 horas continuas laborando, esta situación es equivalente al estado que produce una concentración de 0.05% de niveles sanguíneos de alcohol; y si son 24 horas continuas despierto, los síntomas equivalen a una concentración de alcohol del 0.10%, la cual supera los límites permitidos para conducir (Bocanegra, 2012).

Según el Código del Trabajo, desde el 2005 la jornada ordinaria máxima legal de trabajo es de 45 horas semanales, esta corresponde a “el tiempo durante el cual el trabajador debe prestar efectivamente sus servicios en conformidad al contrato” (Dirección del trabajo,

2011). Se considerará también jornada de trabajo el tiempo en que el trabajador se encuentra a disposición del empleador sin realizar labor.

Otro factor derivado del punto de vista cualitativo es la carga mental, la cual es una acepción que se ha estudiado ampliamente, pero que se resume principalmente en una impresión resultante del desempeño de una tarea, en la que se involucran factores internos de la persona, entendido como sus capacidades personales y factores externos del entorno, como el grado de exigencia de distintas actividades o tareas para las que cada persona tiene diferentes recursos de enfrentamiento, generando mayor o menor carga mental de trabajo (Díaz, 2010). Es importante recalcar la importancia del medio externo, un ejemplo de esto es lo que ocurre en el ambiente hospitalario en la Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencia, Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y servicio de Oncología, donde existe una percepción de carga laboral excesiva, producto del alto grado de complejidad que presentan algunos pacientes, catalogados como críticos, con excesivas demandas físicas y psicológicas. Por otro lado, se crea un vínculo con el entorno social y familiar del paciente, el que se encuentran viviendo una situación de crisis y por lo tanto, genera de modo inevitable un alto grado de estrés y percepción de carga laboral por parte de los funcionarios (López & Mendoza, 2009).

Según Díaz (2010), otro aspecto a considerar en la conceptualización de carga de trabajo, es la similitud que se genera entre carga de trabajo y fatiga, donde ambos se asocian a la realización del trabajo, pero la diferencia radica en que la carga de trabajo es el hecho que se genera al realizar un esfuerzo de movilizar los recursos para efectuar una tarea o actividad en particular, en cambio la fatiga es una sensación que genera una dificultad en la facilitación o disponibilidad de dichos recursos, haciendo más dificultosa la tarea.

En un estudio brasileño “Riesgos Ocupacionales y Alteraciones de Salud entre trabajadores brasileños de enfermería en unidades de Urgencia y emergencia” se concluyó que las horas de trabajo realizadas por los funcionarios van desde las 44 a las 136 horas, con un promedio de 64 horas semanales de trabajo, superando el límite permitido de 36 horas semanales establecido por el Consejo Federal de Enfermería (CONFEN) (Barcellos, Cruz & Da Silva, 2010).

Este estudio establece que las horas de trabajo para enfermería deben ser 36 horas a la semana de rol asistencial y 40 horas en caso de rol administrativo, siendo adaptada según los distintos tipos de contratos de cada institución (Barcellos et al, 2010).

Un estudio realizado sobre la asociación entre estrés laboral y cefalea en profesionales de enfermería de Taiwan, mostró que enfermeros que padecían cefalea presentaban más altos puntajes en cualquier escala de estrés que se les aplicará, presentándose una diferencia

significativa entre las personas que trabajaban 49 o más horas semanales en relación a las que trabajaban entre 41 y 44 horas semanales, existiendo una asociación entre horas extraordinarias y cefalea en el personal de enfermería (Lin, Huang & Wu, 2007).

2.4 ESTRÉS Y ENFERMERÍA

El estrés, entendido como “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier presión externa o frente a cualquier demanda que se le haga”, fue inicialmente desarrollado por el endocrinólogo Hans Selye (Gómez, 2011).

Selye también describe que el estrés es “un Síndrome caracterizado por un conjunto de reacciones que el cuerpo desarrolla cuando se somete a una situación que requiere un esfuerzo de adaptación” (Alves, Vieira & De Almeida, 2003). Menciona la división que se puede realizar entre estrés positivo, conocido como eustress y el estrés negativo, llamado distress (Ocaña, 1998).

El sólo hecho de desempeñar algún tipo de actividad laboral puede desencadenar algún grado de estrés cuando los medios internos para enfrentar problemas se encuentran disminuidos y/o cuando los medios externos están repercutiendo de manera negativa en la persona. El hecho de que el ambiente genere agentes perjudiciales, se denomina estresores (Melita, Cruz & Merino, 2008). Los estresores son estímulos que afectan o repercuten de manera negativa en el clima laboral, generando cierto grado de tensión e intranquilidad en la persona (Yáber, Corales, Valarino & Bermúdez, 2007), provocando un desequilibrio, una ruptura de la homeostasis interna, afectando dimensiones tanto fisiológicas, cognitivas o conductuales (Alves, Vieira & De Almeida, 2003), que llevan a la necesidad del organismo a un reajuste para volver a alcanzar su equilibrio (Marriner & Raile, 2007).

Algunos autores defienden la hipótesis de que cierta cantidad de estrés se considera beneficiosa para el organismo, entre ellos destaca Mason, quien plantea que el estrés, aplicado de manera gradual, sin importar la magnitud, genera un entrenamiento al organismo de tal manera que el individuo estará preparado para someterse a futuras situaciones nuevas estresantes. En cambio aclara que un estrés crónico, que no cuenta con períodos de descanso, no generará ningún efecto benéfico, causando un agotamiento general en el individuo (González, 1989).

El estrés, además de causar un agotamiento, está relacionado con una serie de enfermedades, producto de las respuestas fisiológicas indeseadas que se generan en el organismo para poder sobrellevar los momentos estresantes. Estas respuestas pueden ser físicas como psicológicas (Ocaña, 1998). En uno de los experimentos realizados por Seyle, se

evidenció en ratas sometidas a un estrés constante, una serie de respuestas orgánicas similares, como la atrofia de ganglios linfáticos, hipertrofia de la corteza de la glándula suprarrenal y ulceraciones de la mucosa gástrica.

González (1989), describió las enfermedades más comunes generadas por la presencia de estrés en las personas, entre ellas destacan las úlceras gástricas y las úlceras duodenales, la hipertensión arterial y el infarto al miocardio, producto de cardiopatías isquémicas. Otro autor destaca, además, la diabetes, herpes, asma, leucemia, afecciones estomacales, artritis, tuberculosis, jaquecas, lumbalgia y gripe (Ocaña, 1998).

El estrés aparte de generar enfermedades, también afecta el rendimiento y la capacidad laboral de las personas, lo que en profesiones encargadas de mantener el bienestar tanto físico como psicológico de éstas, pueden causar serios problemas, dependiendo del grado de estrés que padezcan, lo cual está determinado por cómo vivió los factores estresores y si fueron resueltos o no, o si hubo algún nivel de afrontamiento. Todo esto puede repercutir directa o indirectamente en la calidad de la atención al paciente (Melita, Cruz & Merino, 2008), Reflejándose en la presencia de algunos síndromes de estrés crónico.

El medio intrahospitalario es un lugar generador de estrés por las múltiples situaciones que se viven. En las diferentes profesiones del área de la Salud, existen variados niveles de estrés, siendo Enfermería una de las profesiones potencialmente estresantes, lo que se asocia a altas cifras de morbilidad psiquiátrica y uso de psicofármacos (Torres, 2007).

Algunos de los factores contribuyentes al estrés, propios de la disciplina, son la carga laboral, asociado a horarios rotativos, jornada nocturna, constante presión asistencial y sobredemanda de pacientes, lo que repercute en el ámbito fisiológico, familiar y social del individuo, manifestándose por alteraciones del estado anímico como angustia, irritabilidad, enojo, ansiedad, entre otras (Meza, s.f).

2.5 SÍNDROME DE BURNOUT

Corresponde a un Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional en el trabajo, que aparece como consecuencia de un estrés laboral crónico excesivo que provoca una disminución de la habilidad en el desempeño de la actividad laboral y la aparición de diferentes problemas de salud en quien lo padece (Ortega, López, 2004).

El Burnout es temporal y específico al ámbito laboral. Surge con mayor frecuencia en los trabajadores del área de la salud, producido por la relación profesional-paciente, que requiere una alta implicancia emocional y por la relación profesional- organización (Ortega, López, 2004).

Existen datos variados en relación a la prevalencia del síndrome Burnout a nivel mundial, aportados por diversas investigaciones. Un estudio de seguimiento de desgaste profesional en un Hospital de Madrid refiere que la prevalencia entre las profesiones catalogadas de riesgo (médicos, enfermeras, profesores, bomberos, policías, etc) va desde un 15% hasta un 50% (Gómez et al, 2009).

Otro estudio indica que la prevalencia de Burnout fue de 14,9% en los profesionales residentes en España, 14,4% en Argentina, y 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, medicina tuvo una prevalencia de 12,1%, enfermería 7,2%, y odontología, psicología y nutrición tuvieron cifras inferiores al 6% (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga, 2009).

En Chile, hay escasos trabajos que evalúan la presencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Un estudio en trabajadores de salud privada, encontró una prevalencia de 45% y los más estresados fueron personas que ocupaban cargos no profesionales (69,2% vs 34,3%, comparados con los profesionales) (García-Huidobro, Spröhnle & Sapag, 2008).

Otro trabajo, presentado en el mismo estudio, muestra que de 250 trabajadores evaluados se encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout de 31%; además pesquisó 38% de personas proclives a presentarlo, es decir, 69% del personal manifestaba síntomas de desgaste laboral, siendo más importantes en enfermeras y paramédicos (García-Huidobro et al, 2008).

Entre los factores que podrían influir en la percepción de sobrecarga laboral y desarrollo del Síndrome de Burnout se encuentran los factores personales, familiares y laborales, como edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, características de la personalidad, años de ejercicio profesional, turno de trabajo y situación laboral (personal fijo, jornada completa o parcial, etc), en las variables personales estudios demuestran que las mujeres presentan un mayor desequilibrio psicológico que potencia la ocurrencia de Burnout, ya que experimentan conflictos en relación a los roles que deben cumplir, no sólo deben lidiar con el rol de trabajadoras dentro de la sociedad, sino que también deben convivir con el rol de dueña de casa y de madre, demandando mayor cantidad de tiempo junto a la necesidad de aumentar al máximo sus competencias. El estado civil es también un factor que puede incrementar la ocurrencia del Burnout o mejorar el despliegue de los mecanismos de

afrontamiento, las personas que tienen pareja o se encuentran casadas presentan un apoyo social que les permite sobrellevar niveles altos de estrés. El mantener una familia consolidada, con hijos, permite tener una base y un mayor equilibrio psicológico (Cifre, Agut & Salanova, 2000).

Según un estudio realizado por enfermeras de Medicina Interna de un Hospital Universitario en Madrid, tanto los factores personales como familiares, cumplen una función facilitadora o inhibidora en el desarrollo del Síndrome, es decir, en la medida que estén o no presentes aumentarán o disminuirán los síntomas y sentimientos que genera el Síndrome de Burnout (Gómez et al, 2009).

El Engagement (Compromiso para este estudio) en el trabajo es uno de los estados psicológicos que se traducen como un factor protector, en donde existe un estado mental positivo, caracterizado por altos niveles de energía y dedicación que se traduce en una atención acorde a las necesidades tanto orgánicas, como psicosociales de los usuarios (Arón & Llanos, 2004). El compromiso, evaluado mediante la escala “Engagement y trabajo (UWES)” considera tres factores, vigor, dedicación y absorción. Estos tres aspectos, son considerados contrapuestos a los síntomas que presenta el Síndrome de Burnout, por lo que su presencia se considera como factor protector (González, Hernández, Soberanes, Mendoza & Sánchez, s.f.).

La autoestima también influye en el comportamiento, ya que la forma en que cada uno se evalúa, tiene repercusión directa en todas las áreas del desarrollo, tanto social, como emocional y conductual; la autocrítica desproporcionada y el perfeccionismo destacan altos niveles de Burnout (Parra, 2010).

El Burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones:

1. Agotamiento Emocional (Desgaste emocional): hace referencia a la situación en que la fuerza o energía se van consumiendo, se caracteriza por desgaste, fatiga, etc.
2. Despersonalización afectiva o Deshumanización (Cinismo): hace referencia a la aparición de sentimientos y actitudes negativas, pérdida de la empatía hacia el paciente y sus compañeros.
3. Baja Realización profesional (Eficacia profesional): es la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, lo que afecta su habilidad en la realización del trabajo y el tipo de relación que establecen con las personas a las que dan servicio.

Esta situación provoca que los profesionales se sientan descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales (Gomez et al, 2009).

Dentro de las manifestaciones que produce se encuentran:

- Psicosomáticas: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras, desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- Conductuales: ausentismo laboral, incapacidad de vivir en forma relajada, abuso de drogas (café, alcohol, tabaco, etc.), superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas violentas y comportamiento de alto riesgo.
- Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del “yo”, actitud cínica, aburrimiento, irritabilidad, impaciencia, desorientación, sentimiento de omnipotencia, incapacidad de concentración y sentimientos depresivos.
- En el ambiente laboral: detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, comunicaciones deficientes, aumento de interacciones hostiles.

El Síndrome de Burnout es un proceso multicausal, complejo, que se desarrolla secuencialmente, debido a la exposición a diversos estresores crónicos. El tiempo mínimo para el desarrollo crónico de este Síndrome, es de al menos 6 meses de trabajo desadaptativo, el que puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos (Gómez et al, 2009). Primeramente se produce pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor.

Se reconocen cuatro grados o niveles clínicos en el Síndrome de Burnout:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse en la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: entecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios (Gomez et al, 2009) (Forbes, 2011).

El trabajo adaptativo es fundamental para no desarrollar este Síndrome, se logra por el despliegue de diversos modos de adaptación. La adaptación fisiológica permite el equilibrio orgánico y ausencia de enfermedades físicas y/o mentales; además permite al profesional desarrollarse socialmente dentro de sus labores, teniendo un claro autoconcepto de sí mismo y del rol que desempeña dentro de la organización. Por otro lado. la interdependencia permite al profesional sentirse apoyado y el reconocimiento percibido produce una retroalimentación que aliviana la carga de trabajo y las emociones producidas en la interacción constante con personas, necesaria para la entrega de los cuidados (Marriner & Raile, 1999).

2.6 ENFERMERÍA Y SÍNDROME DE BURNOUT

La enfermería se ha ido desarrollando a través de los años, como lo han hecho diferentes profesiones, esta evolución se ha hecho irreversible para convertirse no sólo en un arte sino además en una ciencia, sin perder la esencia de sus inicios: “el cuidado”.

Este desarrollo de la profesión ha permitido ir ampliando las funciones de la enfermera, sin embargo esto conlleva a la responsabilidad de ampliar conocimientos y establecer una sólida preparación, que permita el desarrollo de una labor segura, teniendo como eje fundamental el bienestar del paciente (León, 2006).

Hoy en día la enfermería ha tenido un gran auge, lo cual no ha ido de la mano de las condiciones de trabajo en las cuales estos profesionales desarrollan sus labores, influyendo directamente sobre el individuo, en su desempeño y en la calidad de la atención otorgada.

Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), han reconocido la importancia de enfermería en el área de la salud, y por ello la relevancia de la identificación de los factores que afectan al desarrollo de las labores (Cogollo & Gómez, 2010)

El estrés en la profesión de enfermería se compone de una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería está sometido a diversos estresantes, como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol. En conclusión, la profesión de enfermería presenta tres características o factores de riesgo, que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción (Haya, s.f.).

Otro factor importante, son los bajos salarios, los que no guardan proporción ni con la carga horaria ni con la asistencial, a esto se suma actualmente el incremento de procesos judiciales, contribuyendo a la sobrecarga y cansancio físico y psicológico (Cogollo & Gómez, 2010).

Si consideramos el ámbito emocional, enfermería como arte de cuidado, es el profesional que está en contacto continuo con el paciente acompañándolo durante todo el proceso de enfermedad, sufrimiento y muerte. A esta relación de binomio enfermera-paciente,

se suma la familia, la cual puede actuar como un apoyo o muchas veces generar conflictos, dificultando el actuar de los profesionales (Cogollo & Gómez, 2010).

La relación con los compañeros de trabajo es relevante en el ambiente que se genera en el lugar de labores, permitiendo crear un ambiente grato y de apoyo para la entrega de cuidado (Cogollo & Gómez, 2010), por el contrario si estas relaciones son tensas, conflictivas, y se mantienen con el tiempo, van a aumentar los sentimientos de Burnout. También presenta una importante incidencia en la aparición del síndrome la inexistencia de apoyo por parte de los compañeros, supervisores, de la dirección de la institución y la excesiva identificación con los usuarios, los conflictos interpersonales con estos y sus familiares (Haya, s.f.).

A nivel organizacional, las instituciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesional, basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros, que para el desarrollo de las actividades de enfermería, pasa por enlazar de una forma equilibrada las relaciones con médicos en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas, lo que puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga del rol (Haya, s.f.).

Todos estos factores de riesgo mencionados anteriormente, junto a condiciones y estilos de vida, predisponen al desgaste físico, mental y emocional de los profesionales de enfermería (Cogollo & Gómez, 2010).

A pesar de la existencia de variados estudios ello, sigue existiendo gran discrepancia de resultados en cuanto a las prevalencias del Burnout en general y de cada uno de sus tres componentes en particular (Albaladejo et al, 2004).

En el Hospital Clínico Universitario de San Carlos de Madrid, se realizó un estudio con 622 participantes, clasificados en enfermeros/as y auxiliares/técnicos, en donde el perfil del sujeto afecto de Burnout corresponde con el de funcionarios con experiencia laboral, pero con escaso reconocimiento a su labor y una gran insatisfacción con la gestión de su institución de trabajo. Si se comparan los auxiliares con los enfermeros los primeros presentan menor despersonalización y se sienten más realizados que los segundos; también se concluyó la existencia de puntuaciones más altas de cansancio emocional en los funcionarios que realizaban turnos rotativos o de tarde (Albaladejo et al, 2004).

En un estudio realizado en Argentina a trabajadores sanitarios del Hospital “Juan Ramón Gómez”, de la localidad de Santa Lucía, Provincia de Corrientes, los profesionales de enfermería (7) presentaron un 63,6% de Síndrome de Burnout, en donde los principales factores generadores de estrés fueron trabajo con pacientes terminales, situaciones de

desprotección socio laboral, riesgo de mala praxis, situaciones maltrato, riesgo de con contagio con patología infecto-contagiosas (Santos, Pérez , Reyes & Soloaga,2007).

En Perú se realizó un estudio denominado “Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas”, en donde participaron 132 profesionales de enfermería, de los cuales 105 trabajaban en área crítica. En los resultados se observó que el 78,1% demuestra tendencia a desarrollarlo y 3,8% ya se encontraba con signos y síntomas del problema (Gamonal, García, Silva, 2008).

Los participantes demostraron poseer sentimiento de incompetencia profesional, de fracaso y de autoestima relacionado con situaciones laborales. Sin embargo, las enfermeras de los servicios Críticos están psicológica y cognitivamente preparadas para adaptarse a las características ambientales de estas unidades y al trabajo en equipo (Gamonal, García & Silva, 2008).

En nuestro País , un estudio realizado en enfermeros/as del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau arrojó que un 9,4 % de enfermeros presentaron un Burnout bajo , 2,1% medio y 11,5 % alto , en donde a mayor grado de Burnout menor la existencia de satisfacción laboral (Carrasco, Jabalquinto , Brown & Nuñez, s.f).

2.7 IMPACTO EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Todas las complicaciones derivadas del Síndrome de Burnout, llevan a una serie de consecuencias, tanto a nivel personal, familiar, social y laboral. En algunos casos, en los que se reportan reacciones emocionales como ansiedad, depresión e ira, se puede ver los efectos en el ámbito asistencial de los profesionales, ya que se entorpece la eficacia del cuidado y la comunicación adecuada a los pacientes (Chacón, 1997).

El término “cuidado” es difícil de definir y más aun complejo de apreciar, según la Real Academia Española, se alude a la “Solicitud y atención para hacer bien algo”, “Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar), y “Recelo, preocupación, temor”. Existen variadas teorías y modelos de enfermería que definen cuidado y abordan este concepto metaparadigmático como eje fundamental, entre ellas, encontramos a Jean Watson y su Teoría de Filosofía y ciencia del cuidado, Katie Eriksson con la Teoría del cuidado caritativo, Madeleine Leininger y su Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados, Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer y la enfermería como cuidado, entre otras (Marriner & Raile, 1999).

En su teoría Watson define el cuidado como “esencia de la práctica enfermera, proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere compromiso con el Caring (ideal moral y conocimiento). Consiste en tratar al otro como persona única” (Flores, 2009), además nombra los principales supuestos de la ciencia del cuidado en enfermería, en lo que están:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera personal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento familiar y personal.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico en conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Marriner & Raile, 2007).

Se ve claramente la importancia que tiene el cuidado en las personas que lo reciben, y las implicancias del incumplimiento de sus premisas para la funcionalidad tanto física, como psicológica y social de los individuos. Uno de los factores que pueden llevar al incumplimiento de las prestaciones del cuidado son el estrés y más aún el Síndrome de Burnout, produciendo detrimento en ambos sistemas trabajador –institución prestadores de cuidado y paciente-comunidad receptores de cuidado (Chacón, 1997) (Marriner & Raile, 2007).

2.8 REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Hoy en día la calidad en la atención no tan sólo se traduce en entregar servicios médicos y técnicos de buena calidad, sino que va mucho más allá, buscando la integralidad de estos por parte del equipo de salud que implique una relación de empatía, confianza, un trato más humanizado y desde la perspectiva biopsicosocial y espiritual (Bárbara Zas, 2005).

No existe una definición única ni consenso para el concepto de calidad de atención, aunque implícitamente todos saben a qué se refiere (Sánchez, 2000)(Vargas & Recio, 2008).

Según el Programa de Organización y Gestión de sistemas y servicios de Salud, algunas Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANES) relacionan la calidad de la atención

con “estrategias para elevar la calidad de vida de la población, citando como ejemplos el desarrollo de planes de capacitación y educación” (Organización Panamericana de la Salud, 2001)(Fernández, 2009).

Otras ANES como la de Colombia la define como “la orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos , científicos , sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de las persona como usuario del servicio de enfermería y de salud, así como a través de la satisfacción de enfermería que presta dicho servicio” (OPS, 2001).

Según Bárbara Zas (2005), se entiende por atención de calidad “el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión que se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada complete sus tareas completa y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde, esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos”.

El bienestar y un nivel de salud laboral óptimo en el personal sanitario determinará la eficacia de la atención y por ende de la organización a la que pertenece, siendo la calidad de vida laboral un aspecto de suma importancia para lograr los objetivos en materia de entrega de cuidados para la comunidad (Rozo, 2006)(De Romaña & Aguinaga, 1999).

Un aspecto importantísimo de tratar, es la implicancia que tiene el Síndrome de Burnout en la calidad de la atención brindada en diversas instituciones sanitarias por el profesional de enfermería; es tal la relevancia, que fue esta la razón por la cual, surge el interés de muchos investigadores de estudiar y analizar este tema. El concepto del Burnout surgió precisamente para explicar y describir el proceso de deterioro de los cuidados prestados en la atención de los usuarios de diferentes instituciones u organizaciones de atención directa de salud (OPS, 2001).

Los síntomas como cansancio, agotamiento, malestar general y presencia de enfermedades, se asocian de manera directa con un menor rendimiento laboral. La incapacidad para ejercer el rol, bajos índices de salud, ausentismo, retrasos, intenciones de abandonar el trabajo y pausas más largas durante la jornada de trabajo no sólo se asocian al deterioro en el trato al receptor de cuidados, sino además en las relaciones interpersonales con el equipo de trabajo; generando un gran impacto a nivel organizacional y social, debido a que no se lograría una entrega de servicios eficaces, eficientes y efectivos, además de una percepción por parte de los usuario del incumplimiento de la satisfacción de sus demandas (OPS, 2001).

2.9 TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y SÍNDROME DE BURNOUT

Un factor protector que se asocia a la prevención del Síndrome de Burnout es la forma de adaptación al estrés que cada persona presenta, pudiendo de esta modo hacer frente de mejor o peor manera a un estímulo (Alves, Vieira & De Almeida, 2003).

La teoría de Callista Roy desarrolla profundamente el tema de la adaptación al estrés, teniendo como eje central las capacidades de afrontar diversas situaciones que permite mejorar el propio bienestar del individuo. Esta teoría está dirigida al paciente que está expuesto a diversos cambios o factores estresores, los que influirán en su estado de equilibrio salud-enfermedad; pero puede extrapolarse al personal sanitario que se ve cotidianamente expuesto a diversos estímulos estresores dentro del ambiente y contexto laboral (Marriner & Raile, 1999).

Según Callista Roy una persona es un “ser biopsicológico en constante interacción con un ambiente cambiante”, cada persona es un sistema vivo y adaptativo con procesos internos que permiten mantener cierto control de las situaciones. Dentro de los procesos o métodos de afrontamiento internos, está presente el proceso regulador y el cognator. El primero se relaciona con una respuesta automática generada por procesos químicos, neurológicos y endocrinos y el segundo se basa en el auto concepto, la interdependencia y desempeño de roles; si estos se producen adecuadamente se logrará la integralidad en el individuo (Marriner & Raile, 1999).

La persona como lo demuestra la definición está en constante interacción con el ambiente o entorno lo que hace necesario establecer qué es el entorno desde el punto de vista de la adaptación. El entorno corresponde a las condiciones e influencias que rodean y actúan sobre la conducta y desarrollo de los individuos; los cambios que se generan en él, son los que instan a producir respuestas de adaptación. En el entorno se presentan tanto factores internos como externos, siendo positivos o negativos, y sobre los cuales se puede actuar a la hora de prevenir o intervenir una vez producido el desequilibrio (Marriner & Raile, 1999).

Según la teorista, salud es un estado y un proceso de conversión en una persona integrada fisiológica, psicológica y socialmente, y es un reflejo de la adaptación. Cuando los mecanismos de afrontamiento del individuo son ineficaces y se generan problemas de adaptación, es cuando se produce el desequilibrio y por ende la enfermedad; la utilización de energía para hacer frente de forma ineficaz a un estímulo contribuye de forma negativa a la mejora de la salud (Marriner & Raile, 1999).

Los problemas de adaptación se producen por respuestas inadecuadas según las necesidades de cada individuo; ante estos problemas de adaptación es donde surge la necesidad de conocer los diversos mecanismos de afrontamiento del ser humano, los cuales se pueden reforzar o desarrollar.

Según Callista Roy los individuos presentan un mecanismo de afrontamiento ante la exposición de estímulos, definido como “formas innatas o adquiridas de respuesta ante los cambios del entorno”; existiendo según esta definición, dos tipos de afrontamiento; uno innato, que se refiere a mecanismos propios del individuo, determinados genéticamente y que se generan de manera automática; y otro adquirido, el cual se adquiere por un proceso de aprendizaje, en donde las experiencias vividas contribuyen a desarrollar ciertas respuestas adaptativas (Marriner & Raile, 1999).

Los mecanismos de afrontamiento que posea la persona le permitirán lograr diversos modos adaptativos. El modo adaptativo fisiológico, se relaciona con las conductas manifestadas como resultado de las actividades fisiológicas de los sistemas que integran el cuerpo (Moreno & Alvarado, 2009).

El modo adaptativo de auto concepto se enfoca en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona, siendo importante la necesidad de que cada individuo sepa y reconozca quién es, para poder integrarse al entorno adecuadamente; esto se genera de las percepciones internas como por las percepciones y opiniones de los demás, el auto concepto será el que guiará las conductas (Moreno & Alvarado, 2009).

El modo adaptativo de desempeño de roles tiene relación con los roles que asume la persona en la sociedad. Saber cuál es el rol y posición que posee dentro de ésta en relación a los demás. Las personas desempeñan diferentes roles manifestados en conductas instrumentales y expresivas. Las instrumentales corresponden a la manifestación física de un comportamiento y las conductas expresivas son sentimientos, afinidades o discrepancias hacia un rol (Moreno & Alvarado, 2009).

Modo adaptativo de interdependencia es el sentimiento de seguridad en las relaciones afectivas, el dar y recibir correspondientemente estima y cariño; existiendo en este modo adaptativo las personas más importantes para cada individuo y los sistemas de apoyo.

El modelo de Callista Roy presenta conceptos y definiciones que tienen clara relación con el tema del Síndrome de Burnout; el profesional de enfermería está inserto en un entorno de constantes cambios y estímulos estresores; la demanda, los turnos, la fuerte carga emocional y la constante interacción con pacientes y personal del equipo de trabajo, son un

ejemplo de estos, los que repercuten, sin duda, en el ámbito familiar y personal. Se incorpora además el bajo reconocimiento social que afecta indudablemente en los modos adaptativos de desempeño de roles y de auto concepto (Marriner & Raile, 1999).

3. HIPOTESIS

Algunos factores personales, familiares y laborales están asociados al Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBEJTIVO GENERAL

Determinar la asociación de los factores personales, familiares y laborales en el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia en el año 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a la población que formará parte del estudio según variables biosociodemográficas.

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en la población de estudio.

Determinar la asociación de los factores personales en la prevalencia del Síndrome de Burnout.

Determinar la asociación de los factores familiares en la prevalencia del Síndrome de Burnout.

Determinar la asociación de los factores laborales en la prevalencia del Síndrome de Burnout.

5. METODOLOGIA

Esta tesis está suscrita a la tesis doctoral del docente del instituto de enfermería de la Universidad Austral de Chile, Fredy Seguel Palma titulada “Influencia de los factores personales, familiares y laborales en la fatiga y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud Familiar de Concepción y Valdivia”. Por razones de aumento en los plazos para la entrega de los permisos en la aplicación del cuestionario a los Centros de Salud Familiar de Valdivia, lo que retrasaría por lo menos en un semestre la realización de este estudio, se decidió bajo la responsabilidad del profesor patrocinante no incluirlos en el procesamiento de los datos.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un análisis de tipo cuantitativo, con un diseño transversal, observacional, de asociación, explicativo.

5.2 LUGAR DE DESARROLLO

Hospital Base Valdivia, año 2012.

5.3 POBLACIÓN

La población comprendió 525 funcionarios: Enfermeras/os y Técnicos Paramédicos, del Hospital Base Valdivia, que poseían una antigüedad de al menos dos años en la institución y que trabajaban con jornada completa en dichos establecimientos.

5.4. MUESTRA

Para este estudio se estimó una muestra de 235 funcionarios técnicos paramédicos y profesionales de enfermería que se estratificaron de acuerdo a servicio con un 95% de confianza y 5% de error estadístico. Sin embargo, por razones de tiempo y rechazo en la respuesta al cuestionario se recibieron 173 instrumentos que cumplan los requisitos para ingresar al estudio.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal a honorarios
Personal con contrato parcial.
Personal con menos de 2 años de trabajo en la institución.

5.6 MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizará un cuestionario proporcionado por el Docente Fredy Seguel Palma, con el propósito de recabar antecedentes personales, familiares y laborales. Este instrumento consta en tres apartados, que son los siguientes:

- 1) Antecedentes personales que se recolectaron mediante 13 preguntas, con la siguiente distribución: edad, sexo, peso talla, situación de pareja, labores en el hogar, conviviente, número de hijos, tiempo de recreación, horas de sueños, enfermedades.
- 2) Antecedentes familiares que se recolectaron mediante el cuestionario “conflicto trabajo familia” que consta de 8 preguntas, las cuales son evaluadas en una escala de Likert que va desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (Totalmente de acuerdo), con un máximo de 56 puntos, los grados son:

Totalmente en desacuerdo	1
Bastante en desacuerdo	2
Un poco en desacuerdo	3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4
Un poco de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	6
Totalmente de acuerdo	7

Los antecedentes familiares fueron complementados a través de las siguientes preguntas:

Situación de pareja:	con	sin
Comparte las labores del hogar con su pareja igualitariamente:	si	no
Con quien vive:		
Nº de hijos:		
Edad de los hijos:		

- 3) Antecedentes laborales que se recolectarán mediante la escala de “Engagement” en el trabajo que consta de 17 preguntas, las que son evaluadas en una escala de Likert que va desde 0 (nunca: ninguna vez) a 6 (siempre: todos los días), con un máximo de 102 puntos, los grados son:

Nunca: ninguna vez	0
Casi nunca: pocas veces al año	1
Algunas veces: una vez al mes o menos	2
Regularmente: pocas veces al mes	3
Bastantes veces: una vez por semana	4
Casi siempre: pocas veces a la semana	5
Siempre: todos los días	6

Además se complementaron los antecedentes laborales con las siguientes preguntas:

Realiza turnos rotativos:	Si	No
Cuántas horas trabaja a la semana por contrato:		
Cuántas horas reales trabaja a la semana:		
Si trabaja horas extras son remuneradas:	Si	No
Si trabaja horas extras son voluntarias:	Si	No
Usted realiza otro trabajo remunerado en otra institución:	Si	No
El trabajo que realiza usted es:	Exigente	
	Regularmente exigente	
	Medianamente exigente	
	Poco exigente	
Como considera el ambiente laboral	Excelente	
	Regular	
	Bueno	
	Malo	

También se trabajó con el instrumento Maslach Burnout Inventory General Survey, proporcionado por el profesor Aldo Vera de la Universidad de Chile, cuya versión se encuentra en proceso de validación. Este instrumento está conformado por 16 ítems en los que se ven 3 conceptos: Desgaste emocional, Cinismo y Eficacia Profesional, cada ítem se evalúa con escala de Likert cuya puntuación va desde 0 (nunca) hasta 6 (diariamente), con un máximo de 96 puntos, los grados son:

Nunca	0
Esporádicamente: Pocas veces al año o menos	1
De vez en cuando: Una vez al mes o menos	2
Regularmente: Algunas veces al mes	3
Frecuentemente: Una vez por semana	4
Muy frecuentemente: Varias veces por semana	5
Diariamente	6

5.7 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

El análisis de los datos obtenidos se realizó por medio del paquete estadístico, SPSS versión 15. Las variables se distribuyeron con normalidad por lo que fueron analizadas mediante pruebas paramétricas: T de student, ANOVA y X^2 . Posterior al análisis, los resultados se plasmaron en tablas de contingencia, tablas de correlación e histogramas.

5.8 VARIABLES

Variable dependiente	Definición Nominal	Definición Operacional
Síndrome de Burnout	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional en el trabajo, que aparece como consecuencia de un estrés laboral crónico excesivo	Esta variable midió por medio del instrumento Maslach Burnout Inventory General Survey que posee 3 conceptos: Eficacia Profesional, Agotamiento y Cinismo.

Variable independientes	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada. Edad: _____

Sexo.	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Esta variable se midió mediante una pregunta dicotómica. Femenino Masculino
Situación de pareja	Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio y con el parentesco.	Esta variable se midió mediante una pregunta dicotómica. Con pareja Sin pareja
Tiempo de recreación.	Tiempo destinado a la diversión, en una búsqueda de distracción en medio del trabajo y de las obligaciones cotidianas.	Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada. Tiempo que dedica usted a realizar actividades ajenas al trabajo:_____
Horas de sueño.	Horas en estado de reposo contrario al estado de vigilia	Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada. ¿Cuántas Horas Duerme al Día?:

Enfermedades crónicas.	Enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas. Usted presenta alguna de las siguientes patologías crónicas (puede marcar más de una alternativa): 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Dislipidemia 4. Epilepsia 5. Lupus 6. Asma Otra: _____
Hijos.	Aquel individuo nacido de otros que lo engendraron.	Esta variable se midió mediante una pregunta dicotómica. Si No
Turnos rotativos.	Horario de trabajo en el que existen turnos de noche.	Esta variable se midió mediante una pregunta dicotómica. Si No
Horas de trabajo a la semana.	Horas destinadas al desempeño de una labor.	Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada. ¿Cuántas horas trabaja a la semana?: _____
Tiempo trabaja en su institución.	Tiempo que desempeña una labor en un establecimiento.	Se midió mediante una pregunta cerrada: ¿Cuánto tiempo trabaja en la institución? _____

Pacientes que tienen a su cargo.	Persona que recibe atención de enfermería entregada por un solo profesional.	Se midió mediante una pregunta cerrada: ¿Cuántos pacientes tiene a su cargo? _____
Exigencia del trabajo.	Grado de dificultad y complejidad en las labores.	Esta variable se midió mediante escala de Likert Exigente Regularmente exigente Medianamente exigente Poco exigente
Calidad del ambiente laboral.	Percepción del contexto en el que se desempeña la persona	Esta variable se midió mediante escala de Likert. Excelente Bueno Regular Malo

6. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN/DISCIPLINA/SALUD PÚBLICA

En la disciplina de Enfermería cada día se están abordando más temas relacionados con el área de Salud Ocupacional, a pesar de ello, siguen existiendo insuficientes datos sobre las condiciones de trabajo dentro de la profesión, constituyéndose en un área deficitaria que tiene gran impacto en la calidad de atención a otorgar.

El estudio nos proporciona información sobre las variables laborales, familiares y personales que se asocian al Síndrome, las que al ser controladas y si es posible, modificadas positivamente, pueden revertir la situación de desgaste del personal de enfermería lo que permitirá establecer medidas preventivas a largo plazo.

Estas medidas preventivas, nos permitirán mejorar el rol asistencial de enfermería y a su vez, la calidad de los servicios entregados a los usuarios, brindando cuidados seguros, oportunos y atingentes; ya que un equipo de salud que se encuentra en equilibrio tanto físico como mental, será capaz de desempeñar sus labores con sus máximas potencialidades en beneficio directo del usuario, cumpliendo de esta manera, con el fin último de nuestra profesión, proporcionar cuidados de calidad y a su vez satisfacer las necesidades del individuo.

7. RIGOR ÉTICO

7.1 VALOR:

Nuestra investigación permitirá contribuir con la información obtenida por otros estudios en relación a los factores asociados a la prevalencia del Síndrome de Burnout, obteniendo un perfil de riesgo que servirá para poder instaurar medidas para prevención y/o intervención en aquellas personas que lo presenten; permitiendo además desde el punto de vista de la organización de las instituciones implantar formas de trabajo que permitan mantener la salud laboral de sus funcionarios, teniendo un valor para la sociedad.

7.2 VALIDEZ CIENTIFICA:

La metodología utilizada es la adecuada para obtener los resultados suficientes, comprobar la hipótesis y respaldar los objetivos, por medio del uso de instrumentos validados y en proceso de validación.

7.3 SELECCIÓN EQUITATIVA DEL SUJETO:

La selección de los participantes se realizó utilizando un muestreo aleatorio estratificado, lo que permite a todos los participantes tener la misma posibilidad de ser seleccionados para el estudio.

7.4 PROPORCIÓN FAVORABLE DE RIESGOS Y BENEFICIOS:

El estudio realizado no representó mayores riesgos para los participantes, en el caso que se logre detectar puntajes altos en las diferentes sub-escalas del Síndrome de Burnout se seguirá el conducto regular que el centro asistencial utiliza, derivando al departamento de salud ocupacional y/o al organismo administrador respectivo, según la ley 16.144 y el nivel de atención en que se encuentre.

Los beneficios no serán directamente para los participantes, pero la información obtenida se podrá utilizar a largo plazo para la prevención e intervención de las personas susceptibles, además de nuevas formas de organización de las instituciones de salud.

7.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para respetar el principio bioético de autonomía, se realizó el consentimiento informado, el cual explica en qué consiste la investigación, la inexistencia de riesgos y costos, los requisitos para poder participar y la confidencialidad, permitiendo de esta forma que la persona acepte o rechace la invitación a participar, previa entrega de información y aclaración de dudas.

7.6 RESPETO A LOS SUJETOS INSCRITOS:

La aplicación del consentimiento informado no obliga al individuo a participar hasta al final de la investigación, por lo que se le explicará la opción de retirarse si así lo estima conveniente sin sentirse presionado, además de que cuando lo desee puede recibir información relacionada con la investigación.

7.7 EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:

Previa a la ejecución de la investigación, fue revisada y evaluada tanto por el profesor patrocinante como por los profesores informantes, además fue presentada al comité de ética del Servicio de Salud Valdivia, disminuyendo de esta forma los riesgos a los que pudiera verse expuesta la población.

8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del 2012.

La población en estudio correspondió a 173 funcionarios, de los cuales 41 corresponden a profesionales de enfermería (25,2%) y 120 a técnicos paramédicos (74,8%).

La pregunta “Horas extras remuneradas, no esta en relación a las horas realizadas por turnos, las cuales por ley deben ser remuneradas, si no que con aquel trabajo que por razones laborales la persona debe quedarse fuera de su horario, lo que puede ser remunerado o no.

Los servicios con mayor porcentaje de funcionarios participantes fueron: Pabellón (13,5%), seguido por Medicina Adulto (10,5%) y Urgencia (8,7%), y los con menor porcentaje Urología (1,2%), seguido por Psiquiatría (1,7%), Neonatología y Otorrinolaringología, ambos con 2,3%.

El promedio de edad fue de 42,3 años (DS 11,4), con predominio del sexo femenino (84,8%); presentan un Índice de masa corporal (IMC) promedio de 27,19 (DS 4,42), con mayor porcentaje de personas con sobrepeso (43,2%), la mayoría tiene en promedio 1 a 2 hijos (\bar{x} 1,7) (79,9 %), con un promedio de edad de 17 años (3 meses límite inferior y 44 años límite superior).

La muestra se caracteriza por tener pareja puertas adentro (60,7%), compartir las labores del hogar en forma igualitaria (67,9%) y vivir con esposo/a e hijos (35%). La mayoría refiere realizar las labores de hogar en conjunto con otro familiar (56,6%).

El 43,7% de las personas presentan patologías crónicas, con un promedio de 1 a 2 (\bar{x} 1,56), afectando mayoritariamente al personal técnico paramédico (47,9%) y el 42,7% refiere consumir algún tipo de medicamento. El hábito tabáquico se presenta en el 41,2% de la muestra con un promedio mensual de 103 cigarrillos. Referente al consumo de alcohol, el 1,15% (2 personas) presentaron un puntaje mayor o igual a 2 en el Test para detectar problemas al beber alcohol excesivamente (EBBA), considerándose un bebedor problema.

En relación a los factores laborales, se aprecia que las horas extras que realizan los funcionarios en su mayoría son remuneradas, de las cuales un 50% son voluntarias. El mayor porcentaje de los encuestados consideran que las condiciones de trabajo son regulares y buenas (31,5 % y 59,5 % respectivamente), al igual que exigente y muy exigente, (55% y 36,7 % respectivamente). La mayoría realiza turnos rotativos (71,2%), con un promedio de 45,3 horas por contrato a la semana, realizando realmente un promedio de 53,2 horas semanales (DS 10,75). Todos los servicios participantes del estudio presentan sobrecarga laboral desde el punto de vista de las horas de trabajo, entre los que destaca Urología (77 horas promedio a la semana), Oncología (62,8 horas promedio a la semana) seguido por Cirugía Infantil y Pensionado (58 horas promedio a la semana). El 18,9% de las personas realiza otro trabajo remunerado en la misma u otra institución, con un promedio de 11,6 horas a la semana y sólo el 9,8% refiere estudiar una carrera, postgrado o perfeccionamiento fuera del horario de trabajo, con un promedio de 8,6 horas semanales. Respecto a las horas que dedican a la recreación y descanso, no se aprecia mucha diferencia respecto a un día laboral con uno no laboral, con un promedio de 4,9 y 6,2 horas respectivamente. En las horas de sueño se aprecia que en un día laboral duermen en promedio 5,9 horas (DS 2,07) y en uno no laboral 8,07 horas (DS 2,36) (Tabla 1).

Tabla 1.- Distribución de la muestra en estudio según características Sociodemográficas.

Características Sociodemográficas		N°	%
Clasificación Índice de Masa Corporal	Enflaquecido	2	1,4
	Normal	46	33,1
	Sobrepeso	60	43,2
	Obeso	31	22,3
Situación de pareja	Pareja puertas adentro	102	60,7
	Parejas puertas afuera	23	13,7
	Sin pareja	43	25,6
Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria	Si	72	67,9
	No	34	32,1
Patologías crónicas	Si	73	43,7
	No	94	56,3
Consumo de medicamentos	Si	73	42,7
	No	98	57,1
Consumo de cigarrillos	Si	70	41,2
	No	100	58,8
Consumo de alcohol	Si	113	66,5
	No	57	33,5
Turnos rotativos	Si	121	71,2
	No	49	28,8

Horas extras remuneradas	Si	152	95
	No	8	5
Horas extras voluntarias	Si	79	50
	No	79	50

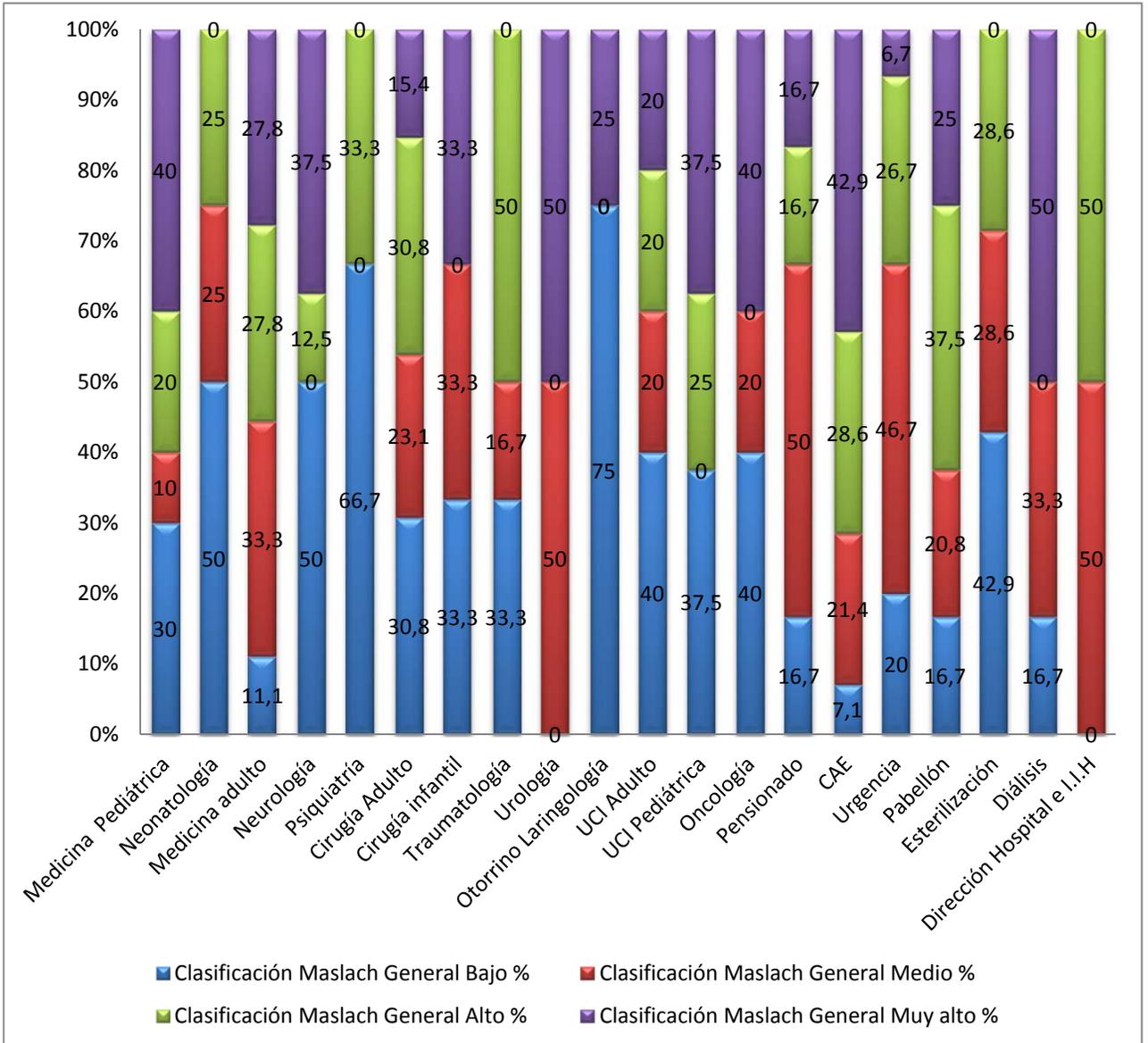
La Escala Síndrome de Burnout General y las sub-escalas desgaste emocional y cinismo, no muestran diferencias considerables en los niveles, no así la sub-escala eficacia profesional, donde se aprecia que la distribución se concentra en niveles medio y alto (31% y 40,9% respectivamente). (**Tabla 2**).

Tabla 2.- Distribución de la muestra según clasificación del nivel de Burnout general y sub-escalas desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional.

Clasificación Nivel Síndrome de Burnout		Nº	%
Escala Síndrome de Burnout General	Bajo	46	26,9
	Medio	41	24
	Alto	41	24
	Muy Alto	43	25
	Total	171	100
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	47	27,5
	Medio	41	24
	Alto	45	26,3
	Muy Alto	38	22,2
	Total	171	100
Sub-escala cinismo	Bajo	46	26,8
	Medio	44	25,7
	Alto	40	23,4
	Muy Alto	41	24
	Total	171	100
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	48	28,1
	Medio	53	31
	Alto	70	40,9
	Muy Alto	0	0
	Total	171	100

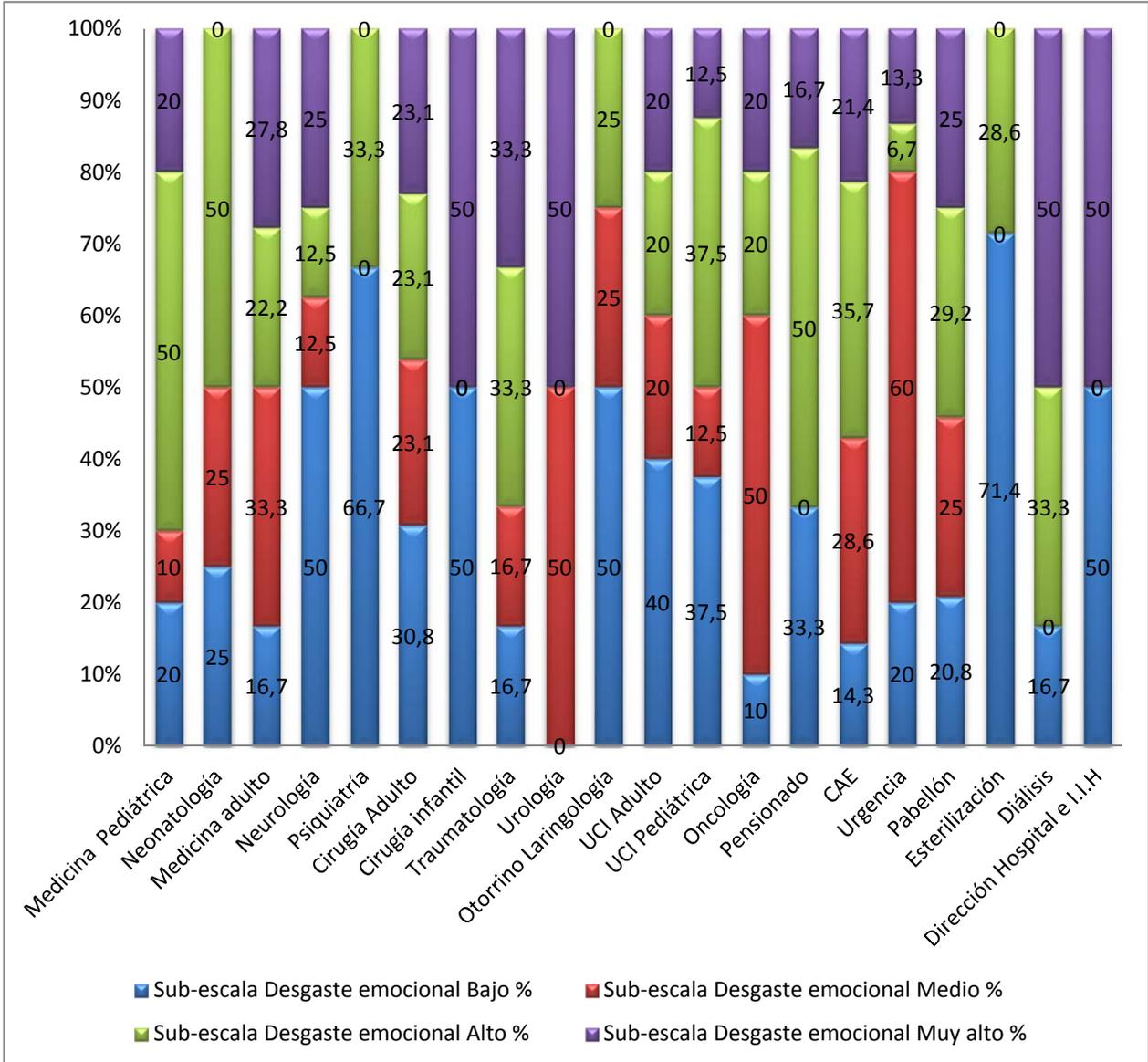
Los servicios presentan una distribución homogénea de los niveles de Burnout, destacando Urología (50%), Diálisis (50%) y Consultorio Adosado a Especialidades (42,9%) con niveles muy altos en la escala de Burnout general. En las sub-escalas desgaste emocional los niveles muy altos los presentan Cirugía Infantil (50%), Urología (50%), Diálisis (50%) y Dirección de Hospital e I.I.H (50%). En la sub-escala Cinismo los niveles muy altos los presenta Neonatología (50%), Urología (50%) y Dirección del Hospital e I.I.H (50%). En la subescala eficacia profesional el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) es uno de los servicios con más altos niveles (78,6%), seguido por Urgencia (60%) y Cirugía infantil (50%), UCI Pediátrica(50%), Diálisis (50%), pabellón (50%) (**Gráficos 1, 2, 3 y 4**)

Gráfico 1.- Distribución de los servicios según clasificación de nivel de Burnout general.



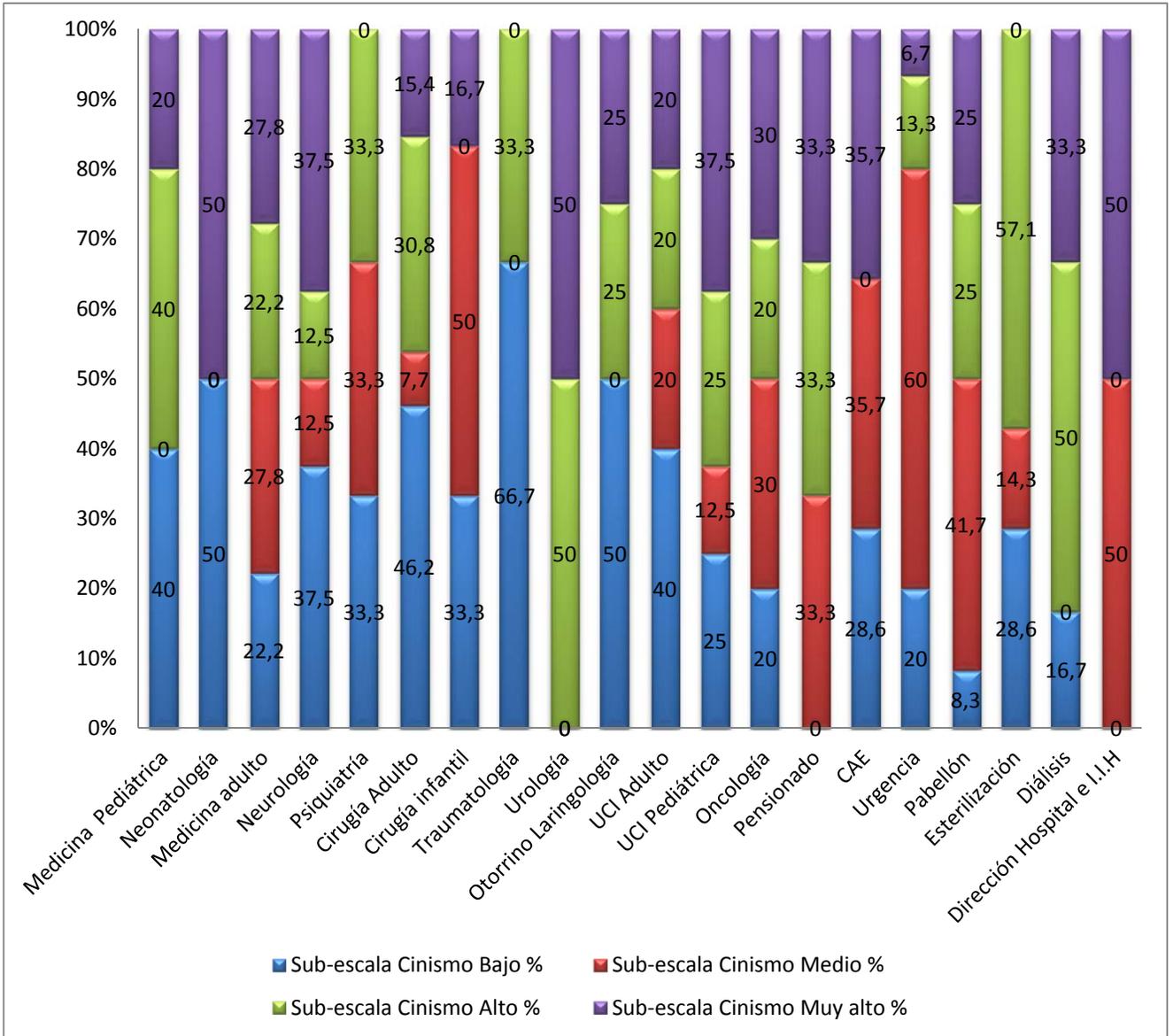
Significancia= p: 0,679

Gráfico 2.- Distribución de los servicios según clasificación de nivel de sub-escala desgaste emocional.



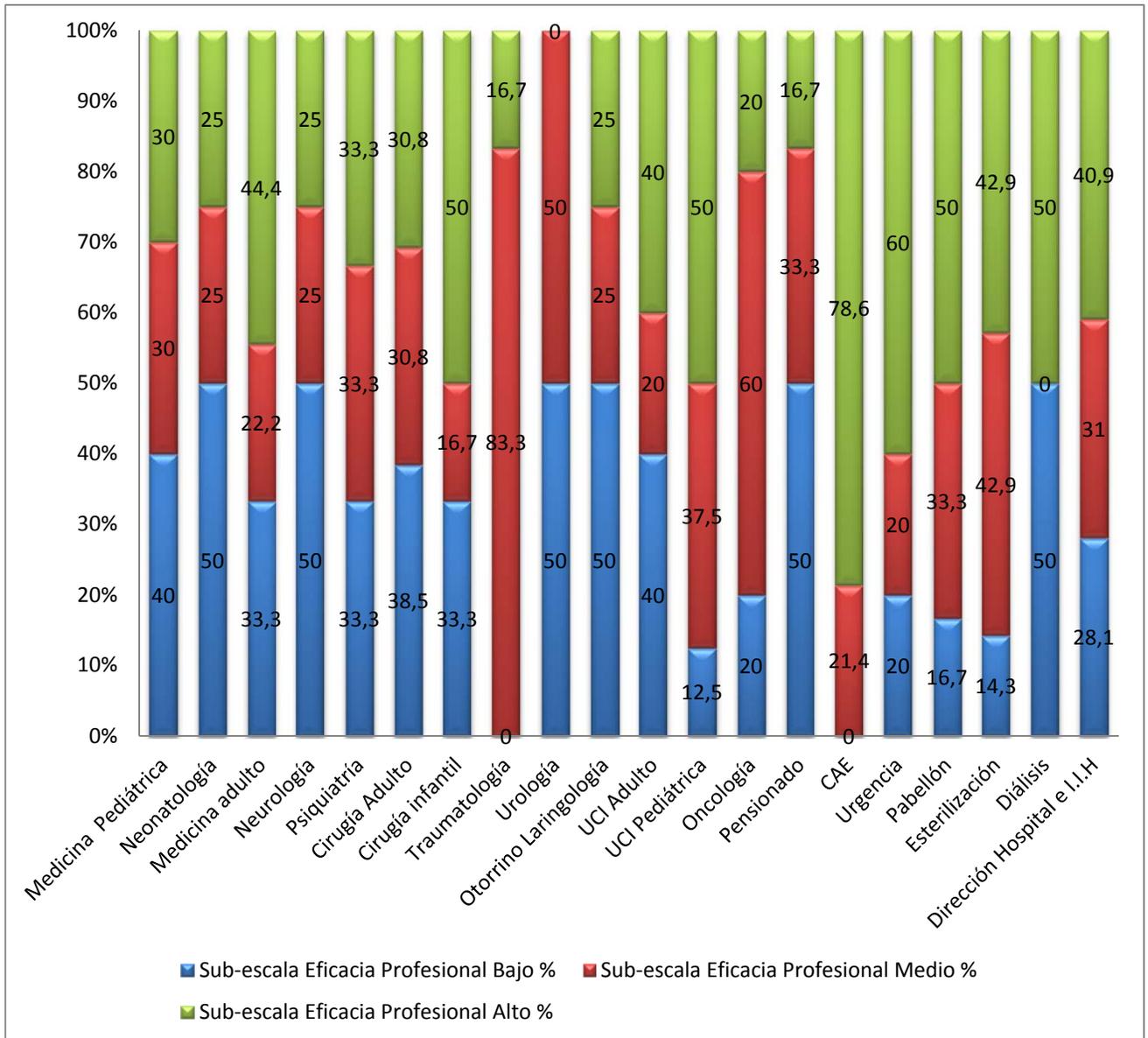
Significancia= p: 0,878

Gráfico 3.- Distribución de los servicios según clasificación de nivel de sub-escala cinismo.



Significancia= p: 0,299

Gráfico 4.- Distribución de los servicios según clasificación de nivel de sub-escala eficacia profesional.



Significancia= p: 0,070

En relación a las variables Sociodemográficas y los niveles de Síndrome de Burnout general, se observa que el grupo de enfermeras/os se encuentra agrupado en niveles de Burnout medio y altos (25% y 30% respectivamente), en cambio los técnicos paramédicos se distribuyen en niveles bajos y muy altos (27,3% y 28,1% respectivamente). El sexo al igual que la clasificación de IMC presentó una distribución homogénea, sin mostrar diferencias entre las mujeres ni en personas con un IMC normal de las con sobrepeso.

En relación a los factores personales, se observa una distribución bastante homogénea de los resultados, destacando a las personas que manifestaron no tener pareja, que presentaron una leve tendencia a presentar altos y muy altos puntajes de Burnout (25,6% cada uno), al igual que las personas que no tienen hijos (35,3%), las que no consumen cigarrillos (31,3%) y las que refieren consumir alcohol (28,6%).

Según los factores laborales, las personas que realizan turnos se concentraron en bajos niveles de Burnout (30,3%), al igual que los que realizan horas extras voluntarias (32,1%) y los que consideran sus condiciones laborales como buenas (28,3%) y exigentes (29,7%) el resto de las variables se distribuyen de forma homogénea (**Tabla 3**)

Tabla 3.- Distribución de la muestra según variables sociodemográficas y nivel de síndrome de Burnout general

Variables Sociodemográficas		Clasificación Síndrome de Burnout General									
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Título	Enfermera/o	9	22,5	10	25	12	30	9	22,5	40	100
	Técnico paramédico	33	27,3	27	22,3	27	22,3	34	28,1	121	100
Significancia		p= 0,696									
Sexo	Femenino	39	27,3	32	22,4	33	23,1	39	27,3	143	100
	Masculino	5	19,2	9	34,6	8	30,8	4	15,4	26	100
Significancia		p= 0,300									
Clasificación de IMC	Enflaquecido	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Normal	12	26,1	9	19,6	11	23,9	14	30,4	46	100
	Sobrepeso	14	23,7	15	25,4	16	27,1	14	23,7	59	100
	Obeso	7	22,6	9	29	6	19,4	9	29	31	100
	Significancia		p= 0,691								
Situación de pareja	Con pareja puertas adentro	26	26	25	25	25	25	24	24	100	100
	Con parejas puertas afuera	8	34,8	2	8,7	5	21,7	8	34,8	23	100
	Sin pareja	9	20,9	12	27,9	11	25,6	11	25,6	43	100
	Significancia		p= 0,619								
Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria	Si	22	31,4	12	17,1	17	24,3	19	27,1	70	100
	No	8	23,5	9	26,5	10	29,4	7	20,6	34	100
	Significancia		p= 0,551								
Presencia de hijos	Si	36	27,1	34	25,6	33	24,8	30	22,6	133	100
	No	7	20,6	7	20,6	8	23,5	12	35,3	34	100
	Significancia		p= 0,479								
Patologías crónicas	Si	23	31,5	18	24,7	19	26	13	17,8	73	100
	No	21	22,8	21	22,8	21	22,8	29	31,5	92	100
	Significancia		p= 0,223								

Consumo de medicamento	Si	22	30,1	13	17,8	20	27,4	18	24,7	73	100
	No	23	24	28	29,2	20	20,8	25	26	96	100
	Significancia	p= 0,310									
Consumo de cigarrillos	Si	16	23,2	21	30,4	20	29	12	17,4	69	100
	No	29	29,3	20	20,2	19	19,2	31	31,3	99	100
	Significancia	p= 0,070									
Consumo de alcohol	Si	25	22,3	25	22,3	30	26,8	32	28,6	112	100
	No	20	35,7	15	26,8	10	17,9	11	19,6	56	100
	Significancia	p= 0,156									
Turnos rotativos	Si	36	30,3	28	23,5	31	26,1	24	20,2	119	100
	No	9	20	12	24,5	9	18,4	19	38,8	49	100
	Significancia	p= 0,060									
Horas extras remuneradas	Si	38	25,3	35	23,3	38	25,3	39	26	150	100
	No	2	25	3	37,5	2	25	1	12,5	8	100
	Significancia	p= 0,758									
Horas extras voluntarias	Si	25	32,1	20	25,6	17	21,8	16	20,5	78	100
	No	16	20,5	18	23,1	22	28,2	22	28,2	78	100
	Significancia	p= 0,299									
Realiza otro trabajo remunerado	Si	9	29	6	19,4	7	22,6	9	29	31	100
	No	32	24,4	34	26	33	25,2	32	24,4	131	100
	Significancia	p= 0,933									
Estudia una carrera fuera del horario de trabajo	Si	3	18,8	4	25	4	25	5	31,3	16	100
	No	4	26,2	37	25,5	34	23,4	36	24,8	145	100
	Significancia	p= 0,905									
Condiciones laborales	Malas	0	0	1	25	0	0	3	75	4	100
	Regulares	10	19,2	9	17,3	15	28,8	18	34,6	52	100
	Buenas	28	28,3	28	28,3	22	22,2	21	21,2	99	100
	Óptimas	6	54,5	2	18,2	2	18,2	1	9,1	11	100
	Significancia	p= 0,001									

Exigencias laborales	Regularmente exigente	0	0	0	0	1	50	1	50	2	100
	Medianamente exigente	1	8,3	5	41,7	1	8,3	5	41,7	12	100
	Exigente	27	29,7	19	20,9	22	24,2	23	23,5	91	100
	Muy exigente	16	25,8	16	25,8	16	25,8	14	22,6	62	100
	Significancia	p= 0,399									

Respecto a las sub-escalas desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional, se aprecia que el grupo de enfermeras/os presentó muy altos niveles de desgaste emocional (32,5%) al contrario de los técnicos paramédicos, que se agrupan en el nivel bajo (28,9%), para cinismo no se presentan grandes diferencias, pero si en eficacia profesional, donde técnicos paramédicos presentan baja eficacia (28,9%). Dentro de los factores personales, el sexo se distribuye homogéneamente, destacando a las mujeres con bajos niveles de cinismo (26,6%) y altos niveles de eficacia profesional (27,3%), según la clasificación de IMC, el grupo de obesos destaca al presentar muy altos niveles de desgaste emocional (35,5%) y bajo cinismo (32,3%). Tener pareja puertas adentro representa bajos niveles de desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional (29%, 27% y 29% respectivamente). Compartir las labores del hogar en forma igualitaria representa bajos niveles de desgaste emocional y cinismo (30% cada uno) y altos niveles de eficacia profesional (44,3%), de igual modo que la presencia de hijos. Las personas que no consumen medicamentos ni cigarrillos destacan al presentar altos niveles de eficacia profesional (41,7% y 37,4% respectivamente). El grupo que refiere consumir alcohol presenta altos niveles de desgaste emocional (28,6%). Dentro de los factores laborales, las personas que realizan turnos presentan bajo desgaste emocional y cinismo (29,4% y 31,1% respectivamente) y las que no realizan turnos presentan altos niveles de eficacia profesional (53,1%), al igual que las personas que reciben remuneración por sus horas extras (39,3%), las que realizan horas extras voluntarias o no (78%) y las que no realizan ningún tipo de trabajo (42,7%) y/o estudio fuera de horario laboral (40,7%). Las personas que realizan otro trabajo se relaciona con altos niveles de desgaste emocional (35,5%) y las que realizan estudios extras presentan altos niveles de cinismo (43,4%). La percepción de una buena condición laboral se relaciona con bajos niveles de cinismo (29,3%) y altos niveles de eficacia profesional (40,4%), al igual que una muy alta exigencia laboral (30,6% y 54,8% respectivamente) (**Tabla 4, 5 y 6**)

Tabla 4.- Distribución de la muestra según variables sociodemográficas y nivel de sub-escala desgaste emocional.

Variables Sociodemográficas		Clasificación Sub-escala desgaste emocional									
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Título	Enfermera/o	8	20	8	20	11	27,5	13	32,5	40	100
	Técnico paramédico	35	28,9	29	24	32	26,4	25	20,7	121	100
Significancia		p= 0,407									
Sexo	Femenino	37	25,9	34	23,8	39	27,3	33	23,1	143	100
	Masculino	8	30,8	7	26,9	6	23,1	5	19,2	25	100
Significancia		p= 0,901									
Clasificación de IMC	Enflaquecido	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Normal	14	30,4	6	13	16	34,8	10	27,1	46	100
	Sobrepeso	15	25,4	18	30,5	15	43,2	11	18,6	59	100
	Obeso	6	19,4	8	25,8	6	11,7	11	35,5	31	100
Significancia		p= 0,664									
Situación de pareja	Con pareja puertas adentro	29	29	26	26	26	26	19	19	100	100
	Con parejas puertas afuera	7	30,4	3	13	6	26,1	7	30,4	23	100
	Sin pareja	8	18,6	10	23,3	13	30,2	12	27,9	43	100
Significancia		p= 0,088									
Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria	Si	21	30	17	24,3	18	25,7	14	20	70	100
	No	10	29,4	9	26,5	8	23,5	7	20,6	34	100
Significancia		p= 0,993									
Presencia de hijos	Si	39	29,3 14,7	35	26,3	32	24,1	27	20,3	133 34	100
	No	5		6	17,6	13	38,2	10	29,4		100
Significancia		p= 0,109									
Patologías crónicas	Si	22	30,1	20	27,4	19	26	12	16,4	73	100
	No	23	25	20	21,6	25	27,2	24	26,1	92	100
Significancia		p= 0,442									

Consumo de medicamento	Si	18	24,7	22	30,1	18	24,7	15	20,5	73	100
	No	28	29,2	19	19,8	27	28,1	22	22,9	96	100
	Significancia	p= 0,488									
Consumo de cigarrillos	Si	20	29	18	26,1	18	26,1	13	18,4	69	100
	No	25	25,3	23	23,2	26	26,3	25	25,3	99	100
	Significancia	p= 0,780									
Consumo de alcohol	Si	26	23,2	23	20,5	31	27,7	32	28,6	112	100
	No	20	35,7	18	32,1	13	23,2	5	8,9	56	100
	Significancia	p= 0,012									
Turnos rotativos	Si	35	29,4	30	25,2	29	24,4	25	21	119	100
	No	10	20,4	10	20,4	16	32,7	13	26,5	49	100
	Significancia	p= 0,433									
Horas extras remuneradas	Si	41	27,3	33	22	42	28	34	22,7	150	100
	No	2	25	4	50	2	25	0	0	8	100
	Significancia	p= 0,222									
Horas extras voluntarias	Si	25	32,1	25	32,1	17	21,8	11	14,1	78	100
	No	18	23,1	14	17,9	24	30,8	22	28,2	78	100
	Significancia	p= 0,028									
Realiza otro trabajo remunerado	Si	7	22,6	7	22,6	6	19,4	11	35,5	31	100
	No	37	28,2	32	24,4	37	28,2	25	19,1	131	100
	Significancia	p= 0,211									
Estudia una carrera fuera del horario de trabajo	Si	6	37,5	3	18,8	3	18,8	4	25	16	100
	No	38	26,2	36	24,8	38	26,2	33	22,8	145	100
	Significancia	p= 0,766									
Condiciones laborales	Malas	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
	Regulares	13	25	10	19,2	11	21,2	18	34,6	52	100
	Buenas	27	27,3	28	28,3	28	28,3	16	16,2	99	100
	Óptimas	6	54,5	1	9,1	4	36,4	0	0	11	100
	Significancia	p= 0,003									

Exigencias laborales	Regularmente exigente	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
	Medianamente exigente	3	25	1	8,3	4	33,9	4	33,3	12	100
	Exigente	22	24,2	31	34,1	22	24,2	16	17,6	91	100
	Muy exigente	21	33,9	8	12,9	17	27,4	16	25,8	62	100
	Significancia	p= 0,622									

Tabla 5.- Distribución de la muestra según variables sociodemográficas y nivel de sub-escala cinismo.

Variables Sociodemográficas		Clasificación Sub-escala cinismo									
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Título	Enfermera/o	10	25	11	27,5	9	22,5	10	25	40	100
	Técnico paramédico	33	27,3	31	25,6	27	22,3	30	24,8	121	100
Significancia		p= 0,992									
Sexo	Femenino	38	26,6	33	23,1	36	25,2	36	25,2	143	100
	Masculino	6	23,1	11	42,3	4	15,4	5	19,2	26	100
Significancia		p= 0,218									
Clasificación de IMC	Enflaquecido	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
	Normal	10	21,7	12	26,1	10	21,7	14	30,4	46	100
	Sobrepeso	14	23,7	17	28,8	15	25,4	13	22	59	100
	Obeso	10	32,3	6	19,4	8	25,8	7	22,6	31	100
	Significancia		p= 0,228								
Situación de pareja	Con pareja puertas adentro	27	27	28	28	26	26	19	19	100	100
	Con parejas puertas afuera	7	30,4	5	21,7	2	8,7	9	39,1	23	100
	Sin pareja	9	20,9	10	23,3	12	27,9	12	27,9	43	100
	Significancia		p= 0,178								
Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria	Si	21	30	16	22,9	18	25,7	15	21,4	70	100
	No	8	23,5	9	26,5	9	26,5	8	23,5	34	100
	Significancia		p= 0,915								
Presencia de hijos	Si	37	27,8	35	26,3	31	23,3	30	22,6	133	100
	No	6	17,6	9	26,5	9	26,5	10	29,4	34	100
	Significancia		p= 0,630								
Patologías crónicas	Si	22	30,1	20	27,4	18	24,7	13	17,8	73	100
	No	21	22,8	24	26,1	20	21,7	27	29,3	92	100
	Significancia		p= 0,355								

Consumo de medicamento	Si	20	27,4	17	23,3	19	26	17	23,3	73	100
	No	24	25	27	28,1	21	21,9	24	25	96	100
	Significancia	p= 0,846									
Consumo de cigarrillos	Si	18	26,1	17	24,6	20	29	14	20,3	69	100
	No	27	27,3	26	26,3	19	19,2	27	27,3	99	100
	Significancia	p= 0,465									
Consumo de alcohol	Si	28	25	30	26,8	25	22,3	29	25,9	112	100
	No	15	26,8	14	25	15	26,8	12	21,4	56	100
	Significancia	p= 0,871									
Turnos rotativos	Si	37	31,1	27	22,7	31	26,1	24	20,2	119	100
	No	8	16,3	17	34,7	7	14,3	17	34,7	49	100
	Significancia	p= 0,020									
Horas extras remuneradas	Si	39	26	36	24	38	25,3	37	24,7	150	100
	No	3	37,5	4	50	0	0	1	2,6	8	100
	Significancia	p= 0,179									
Horas extras voluntarias	Si	21	26,9	19	24,4	21	26,9	17	21,8	78	100
	No	20	25,6	22	28,2	17	21,8	19	24,4	78	100
	Significancia	p= 0,855									
Realiza otro trabajo remunerado	Si	7	22,6	10	32,3	6	19,4	8	25,8	31	100
	No	35	26,7	32	24,4	31	23,7	33	25,2	131	100
	Significancia	p= 0,953									
Estudia una carrera fuera del horario de trabajo	Si	4	25	3	18,8	2	12,5	7	43,8	16	100
	No	37	25,5	40	27,6	35	24,1	33	22,8	145	100
	Significancia	p= 0,281									
Condiciones laborales	Malas	0	0	0	0	2	50	2	50	4	100
	Regulares	12	23,1	14	26,9	11	21,2	15	28,8	52	100
	Buenas	29	29,3	25	25,3	23	23,2	22	22,2	99	100
	Óptimas	3	27,3	5	45,5	2	18,2	1	9,1	11	100
	Significancia	p= 0,062									

Exigencias laborales	Regularmente exigente	0	0	1	50	1	50	0	0	2	100
	Medianamente exigente	2	16,7	3	25	43	25	4	33,3	12	100
	Exigente	23	25,3	23	25,3	18	19,8	27	29,7	91	100
	Muy exigente	19	30,6	17	27,4	16	25,8	10	16,1	62	100
	Significancia	p= 0,079									

Tabla 6.- Distribución de la muestra según variables sociodemográficas y nivel de sub-escala eficacia profesional

Variables Sociodemográficas		Clasificación Sub-escala eficacia profesional							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Titulo	Enfermera/o	8	20	8	20	11	27,5	40	100
	Técnico paramédico	35	28,9	29	24	32	26,4	121	100
Significancia		p= 0,974							
Sexo	Femenino	37	25,9	34	23,8	39	27,3	143	100
	Masculino	8	30,8	7	26,9	6	23,1	26	100
Significancia		p= 0,440							
Clasificación de IMC	Enflaquecido	0	0	0	0	0	0	1	100
	Normal	14	30,4	6	13	16	34,8	46	100
	Sobrepeso	15	25,4	18	30,5	15	43,2	59	100
	Obeso	6	19,4	8	25,8	6	11,7	31	100
	Significancia		p= 0,162						
Situación de pareja	Con pareja	29	29	26	26	26	26	100	100
	puertas adentro							23	
	Con parejas	7	30,4	3	13	6	26,1		100
	puertas afuera							43	
Sin pareja	8	18,6	10	23,3	13	30,2		100	
Significancia		p= 0,044							
Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria	Si	16	22,9	23	32,9	31	44,3	70	100
	No	13	44,8	8	23,5	13	38,2	34	100
	Significancia		p= 0,246						
Presencia de hijos	Si	39	29,3	38	28,6	56	42,1	133	100
	No	9	26,5	14	41,2	11	32,4	34	100
	Significancia		p= 0,350						

Patologías crónicas	Si	21	28,8 28,3	22	30,1	30	41,1	73	100
	No	26		29	31,5	37	40,2	92	100
	Significancia	p= 0,982							
Consumo de medicamento	Si	21	28,8 28,1	24	32,9	28	38,4	73	100
	No	27		29	30,2	40	41,7	169	100
	Significancia	p= 0,899							
Consumo de cigarrillos	Si	19	27,5	19	27,5	31	44,9	69	100
	No	29	29,3	33	33,3	37	37,4	99	100
	Significancia	p= 0,589							
Consumo de alcohol	Si	33	29,5	36	32,1	43	38,4	112	100
	No	15	26,8	17	30,4	24	42,9	56	100
	Significancia	p= 0,853							
Turnos rotativos	Si	37	31,1	41	34,5	41	34,5	119	100
	No	11	22,4	12	24,5	26	53,1	49	100
	Significancia	p= 0,082							
Horas extras remuneradas	Si	41	29,3	47	31,3	59	39,3	150	100
	No	0	0	1	12,5	7	87,5	8	100
	Significancia	p= 0,024							
Horas extras voluntarias	Si	19	24,4	27	34,6	32	41	78	100
	No	24	30,8	22	28,2	32	41	78	100
	Significancia	p= 0,579							
Realiza otro trabajo remunerado	Si	7	22,6	13	41,9	11	35,5	31	100
	No	38	29	37	28,2	56	42,7	131	100
	Significancia	p= 0,885							
Estudia una carrera fuera del horario de trabajo	Si	7	43,8 24,8	1	6,3	8	50	16	100
	No	36		50	34,5	59	40,7	145	100
	Significancia	p= 0,053							

Condiciones laborales	Malas	3	75	1	25	0	0	4	100
	Regulares	13	25	16	30,8	23	44,2	52	100
	Buenas	28	28,3	31	31,3	40	40,4	99	100
	Óptimas	2	18,2	3	27,3	6	54,5	11	100
	Significancia	p= 0,514							
Exigencias laborales	Regularmente exigente	1	50	1	50	0	0	2	100
	Medianamente exigente	3	25	4	33,3	5	41,7	12	100
	Exigente	32	35,2	29	31,9	30	33	91	100
	Muy exigente	10	16,1	18	29	34	54,8	62	100
	Significancia	p= 0,004							

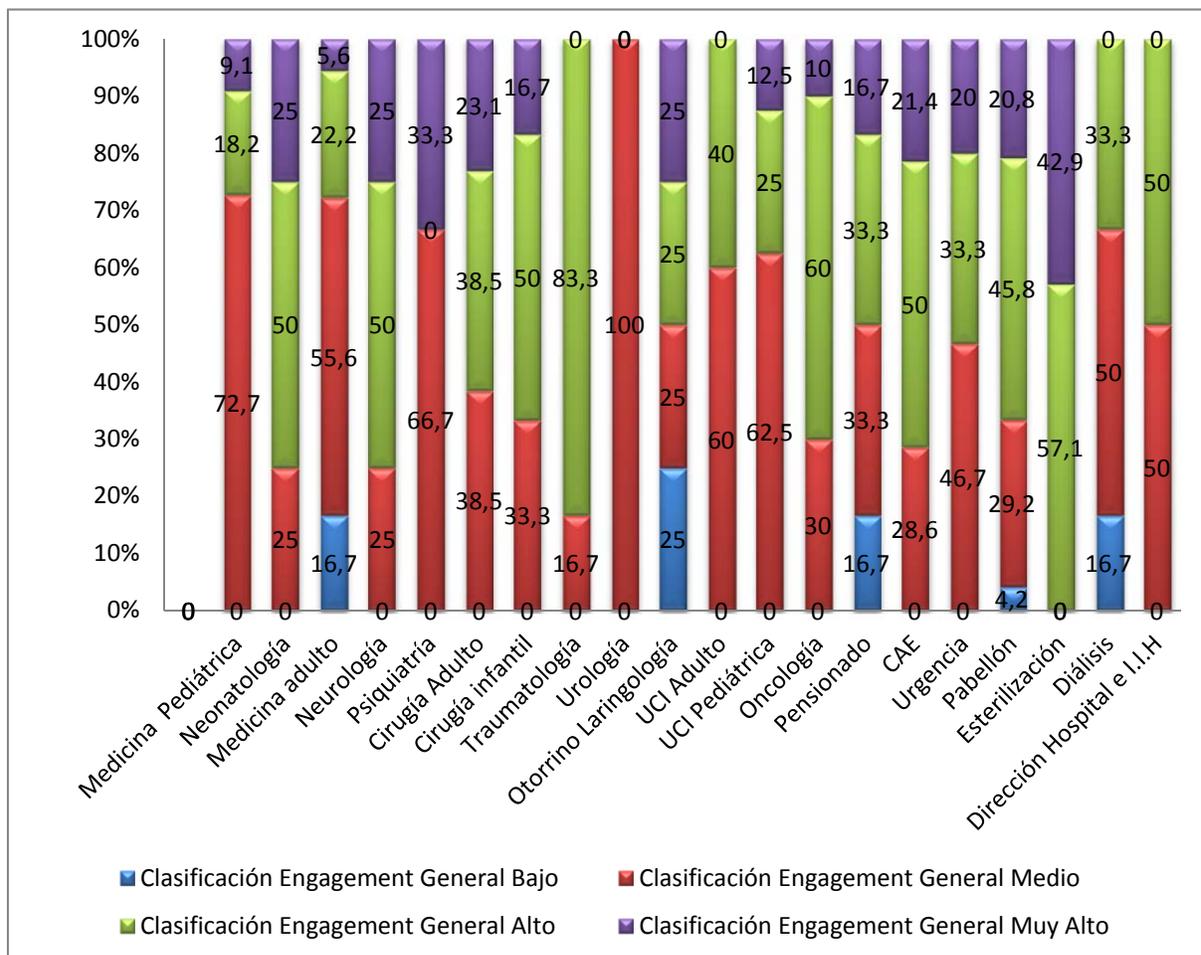
Referente a la escala Engagement general se aprecia que la mayor concentración se ubica en nivel medio y alto (40,1% y 39,5% respectivamente), al igual que las sub-escalas vigor (38,9% y 39,5% respectivamente) y absorción (39% y 36% respectivamente), dedicación alto y muy alto (36,6% y 38,4 respectivamente) (**Tabla 7**)

Tabla 7.- Distribución de la muestra según clasificación del nivel de Engagement general y sus sub-escalas vigor, dedicación y absorción.

Clasificación Nivel Engagement		Nº	%
Escala Engagement General	Muy Bajo	0	0
	Bajo	7	4,1
	Medio	69	40,1
	Alto	68	39,5
	Muy Alto	28	16,3
	Total	172	100
Sub-escala vigor	Muy Bajo	1	0,6
	Bajo	6	3,6
	Medio	65	38,9
	Alto	66	39,5
	Muy Alto	29	17,4
	Total	167	100
Sub-escala dedicación	Muy Bajo	1	0,6
	Bajo	1	0,6
	Medio	41	23,8
	Alto	63	36,6
	Muy Alto	66	38,4
	Total	162	100
Sub-escala absorción	Muy Bajo	0	0
	Bajo	14	8,1
	Medio	67	39
	Alto	62	36
	Muy Alto	29	16,9
	Total	172	100

Según los resultados los servicios en general se distribuyen en los niveles medio y alto de Engagement general, presentando muy alto compromiso Esterilización (42,9%) y Psiquiatría (33,3%)(Gráfico 5).

Gráfico 5.- Distribución de los servicios según clasificación de Engagement general.



En relación a Engagement general, se observa que la distribución de Burnout y sus sub-escalas se centra en los niveles medio y alto de Engagement, destacando que a muy alto nivel de Engagement se presentan bajos niveles de Burnout general (28,3%) y su sub-escala desgaste emocional (36,2%), y alto nivel de eficacia profesional (28,6%) (**Tabla 8**).

Algo similar ocurre con las sub-escalas de Engagement vigor y absorción, donde la mayor concentración se ubica en los niveles medio y alto, destacando que a mayor nivel de vigor, menores puntajes en la escala de Burnout (30,4%) y sus sub-escalas desgaste emocional y cinismo (43,5% y 22,2% respectivamente) y altos niveles de eficacia profesional (27,9%), al igual que a elevados niveles de absorción, bajos niveles de Burnout (23,9%) y la sub-escala desgaste emocional (34%), y altos niveles de eficacia profesional (28,6%), en caso de la sub-escala dedicación se observa el mismo patrón, a altos niveles de dedicación, bajos niveles en la escala Burnout general (56,5%) y las sub-escalas desgaste emocional y cinismo (61,7% y 52,3% respectivamente) y altos niveles de eficacia laboral (60%) (**Tabla 9, 10 y 11**).

Tabla 8- Distribución según clasificación de escala Engagement y clasificación Escala y sub-escalas del Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Clasificación Engagement General									
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Escala Burnout General	Bajo	1	2,2	14	30,4	18	39,1	13	28,3	46	100
	Medio	0	0	19	46,3	17	41,5	5	12,2	41	100
	Alto	1	2,4	15	36,6	18	43,9	7	17,1	41	100
	Muy Alto	5	11,6	20	46,5	15	34,9	3	7	43	100
	Significancia	p: 0,004									
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	1	2,1	12	25,5	17	36,2	17	36,2	47	100
	Medio	0	0	17	41,5	19	46,3	5	12,2	41	100
	Alto	1	2,2	20	44,4	19	42,2	5	11,1	45	100
	Muy Alto	5	13,2	19	50	13	34,2	1	2,6	38	100
	Significancia	p: 0,000									
Sub-escala cinismo	Bajo	0	0	19	41,3	18	39,1	9	19,6	46	100
	Medio	1	2,3	11	25	19	43,2	13	29,5	44	100
	Alto	1	2,5	16	40	19	47,5	4	10	40	100
	Muy Alto	5	12,2	22	53,7	12	29,3	2	4,9	41	100
	Significancia	p: 0,001									
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	7	14,6	23	47,9	14	29,2	4	8,3	48	100
	Medio	0	0	26	49,1	23	43,4	4	7,5	53	100
	Alto	0	0	19	27,1	31	44,3	20	28,6	70	100
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Significancia	p: 0,000									

Tabla 9.- Distribución según clasificación de sub-escala Engagement vigor y clasificación Escala y sub-escalas del Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Sub-escala vigor											
		Muy Bajo		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escala Burnout General	Bajo	0	0	0	0	12	26,1	20	43,5	14	30,4	46	100
	Medio	0	0	0	0	16	40	18	45	6	15	40	100
	Alto	0	0	2	5,1	14	35,9	17	43,6	6	15,4	39	100
	Muy Alto	1	2,4	4	9,8	22	53,7	11	26,8	3	7,3	41	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	0	0	0	0	7	15,2	19	41,3	20	43,5	46	100
	Medio	0	0	0	0	15	37,5	19	47,5	6	15	40	100
	Alto	0	0	2	4,5	24	54,5	16	36,4	2	4,5	44	100
	Muy Alto	1	2,8	4	11,1	18	50	12	33,3	1	2,8	36	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala cinismo	Bajo	0	0	0	0	17	37,8	18	40	10	22,2	45	100
	Medio	0	0	1	2,3	8	18,2	25	56,8	10	22,7	44	100
	Alto	0	0	1	2,6	17	44,7	13	34,2	7	18,4	38	100
	Muy Alto	1	2,6	4	10,3	22	56,4	10	25,6	2	5,1	39	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	1	2,	5	10,6	24	51,1	11	23,4	6	12,8	47	100
	Medio	0	0	1	2	24	47,1	22	43,1	4	7,8	51	100
	Alto	0	0	0	0	16	23,5	33	48,1	19	27,9	68	100
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	00	0	0	0	0	100
	Sig.	p:0,000											

Tabla 10.- Distribución según clasificación de sub-escala Engagement absorción y clasificación Escala y sub-escalas del Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Sub-escala absorción									
		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Escala Burnout General	Bajo	3	6,5	16	34,8	16	34,8	11	23,9	46	100
	Medio	1	2,4	18	43,9	14	34,1	8	19,5	41	100
	Alto	3	7,3	14	34,1	18	43,9	6	14,6	41	100
	Muy Alto	7	41,9	18	41,9	14	32,6	4	9,3	43	100
	Alto										
	Sig.	p:0,041									
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	3	6,4	12	25,5	16	34	16	34	47	100
	Medio	1	2,4	19	46,3	13	31,7	8	19,5	41	100
	Alto	3	6,7	18	40	20	44,4	4	8,9	45	100
	Muy Alto	7	18,4	17	44,7	13	34,2	1	2,6	38	100
	Alto										
	Sig.	p:0,000									
Sub-escala cinismo	Bajo	3	6,5	15	32,6	20	43,5	8	17,4	46	100
	Medio	1	2,3	14	31,8	18	40,9	11	25	44	100
	Alto	1	2,5	17	42,5	16	40	6	15	40	100
	Muy Alto	9	22	20	48,8	8	19,5	4	9,8	41	100
	Alto										
	Sig.	p:0,002									
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	10	20,8	23	47,9	11	22,9	4	8,3	48	100
	Medio	0	0	25	47,2	23	43,4	5	9,4	53	100
	Alto	4	5,7	18	25,7	28	40	20	28,6	70	100
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Alto										
	Sig.	p:0,000									

Tabla 11.- Distribución según clasificación de sub-escala Engagement dedicación y clasificación Escala y sub-escalas del Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Sub-escala dedicación											
		Muy Bajo		Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Escala Burnout General	Bajo	0	0	0	0	7	15,2	13	28,3	26	56,5	46	100
	Medio	0	0	0	0	8	19,5	18	43,9	15	36,6	41	100
	Alto	0	0	0	0	8	19,5	16	39	17	41,5	41	100
	Muy Alto	1	2,3	1	2,3	17	39,5	16	37,2	8	18,6	43	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	0	0	0	0	4	8,5	14	29,8	29	61,7	47	100
	Medio	0	0	0	0	8	19,5	16	39	17	41,5	41	100
	Alto	0	0	0	0	14	31,1	18	40	13	28,9	45	100
	Muy Alto	1	2,6	1	2,6	14	36,8	15	39,5	7	18,4	38	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala cinismo	Bajo	0	0	0	0	9	19,6	14	30,4	23	50	46	100
	Medio	0	0	0	0	2	4,5	19	43,2	23	52,3	44	100
	Alto	0	0	0	0	12	30	13	32,5	15	37,5	40	100
	Muy Alto	1	2,4	1	2,4	17	41,5	17	41,5	5	12,2	40	100
	Sig.	p:0,000											
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	1	2,1	1	2,1	20	41,7	15	31,3	11	22,9	47	100
	Medio	0	0	0	0	14	26,4	26	49,1	13	24,5	51	100
	Alto	0	0	0	0	6	8,6	22	31,4	42	60	68	100
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Sig.	p:0,000											

La encuesta conflicto trabajo-familia presenta una distribución homogénea en cambio la encuesta conflicto familia-trabajo tiene una mayor concentración en los niveles extremos, bajo y alto (**Tabla 12**).

Tabla 12.- Distribución según encuesta conflicto trabajo-familia y conflicto familia-trabajo.

Sub-escalas y niveles		Nº	%
Conflicto trabajo-familia	Bajo	49	28,7
	Medio Bajo	39	22,8
	Medio Alto	43	25,1
	Alto	40	23,4
	Total	171	100
Conflicto familia-trabajo.	Bajo	64	37,6
	Medio Bajo	27	15,9
	Medio Alto	37	21,8
	Alto	42	24,7
	Total	170	100

La distribución de Burnout y sus sub-escalas en relación al conflicto trabajo-familia y familia-trabajo, se observa la siguiente relación, a altos niveles de conflicto entre el trabajo y la familia, muy altos niveles en la escala Burnout general (48,7%) y las sub-escalas desgaste emocional y cinismo (53,8% y 41% respectivamente), y bajos niveles de eficacia profesional (41%) (**Tabla 13**).

Algo similar ocurre con la escala conflicto familia-trabajo, donde a mayores niveles de conflicto, muy altos niveles de Síndrome de Burnout (36,6%), sub-escala desgaste emocional (28,3%) y cinismo (31,7%) y nivel medio de eficacia profesional (48,8%) (**Tabla 14**).

Tabla 13.- Distribución según clasificación de escala conflicto trabajo-familia y escala y sub-escalas de Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Clasificación conflicto trabajo-familia							
		Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escala Burnout General	Bajo	20	40,8	13	33,3	9	20,9	4	10,3
	Medio	12	24,5	6	15,4	16	37,2	7	17,9
	Alto	12	24,5	12	30,8	7	16,3	9	23,1
	Muy Alto	5	10,2	8	20,5	11	25,6	19	48,7
	Total	49	100	39	100	43	100	39	100
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	20	40,8	14	35,9	7	16,3	6	15,4
	Medio	12	24,5	12	30,8	14	32,6	3	7,7
	Alto	12	24,5	9	23,1	14	32,6	9	23,1
	Muy Alto	5	10,2	4	10,3	8	18,6	21	53,8
	Total	49	100	39	100	43	100	39	100
Sub-escala cinismo	Bajo	17	34,7	7	17,9	11	25,6	11	28,2
	Medio	19	38,8	12	30,8	9	20,9	4	10,3
	Alto	5	10,2	12	30,8	14	32,6	8	20,5
	Muy Alto	8	16,3	8	20,5	9	20,9	16	41
	Total	49	100	39	100	43	100	39	100
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	11	22,4	8	20,5	13	30,2	16	41
	Medio	10	20,4	14	35,9	16	37,2	12	30,8
	Alto	28	57,1	17	43,6	14	32,6	11	28,2
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	49	100	39	100	43	100	39	100

Tabla 14.- Distribución según clasificación de escala conflicto familia-trabajo y escala y sub-escalas de Síndrome de Burnout.

Clasificación Escala Síndrome de Burnout		Clasificación conflicto familia-trabajo							
		Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escala Burnout General	Bajo	20	31,3	4	14,8	14	37,8	8	19,5
	Medio	14	21,9	6	22,2	13	35,1	8	19,5
	Alto	16	25	9	33,3	5	13,5	10	24,4
	Muy Alto	14	21,9	8	29,6	5	13,5	15	36,6
	Total	64	100	27	100	37	100	41	100
Sub-escala desgaste emocional	Bajo	26	40,6	4	14,8	9	24,3	8	19,5
	Medio	9	14,1	6	22,2	17	45,9	9	22
	Alto	16	25	10	37	6	16,2	12	29,3
	Muy Alto	13	20,3	7	25,9	5	13,5	12	29,3
	Total	64	100	27	100	37	100	41	100
Sub-escala cinismo	Bajo	21	32,8	5	18,5	10	27	10	24,4
	Medio	23	35,9	6	22,2	10	27	5	12,2
	Alto	8	12,5	7	25,9	11	29,7	13	31,7
	Muy Alto	12	18,8	9	33,3	6	16,2	13	31,7
	Total	64	100	27	100	37	100	41	100
Sub-escala eficacia profesional	Bajo	14	21,9	7	25,9	14	37,8	13	31,7
	Medio	10	15,6	9	33,3	12	32,4	20	48,8
	Alto	40	62,5	11	40,7	11	29,7	8	19,5
	Muy Alto	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	64	100	27	100	37	100	41	100

9. DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio la variable sexo presentó una distribución homogénea para hombres y mujeres, siendo no significativa en la aparición del síndrome de Burnout ($p: 0,300$), lo que no concuerda con otros estudios que señalan que ser mujer es un factor de riesgo, por la condición de una doble carga de trabajo familiar y profesional (Albaladejo et al, 2004). Las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva y conflictos familia-trabajo, debido a la inserción laboral asociado al rol de dueña de casa y de madre, demandando de esta forma una mayor cantidad de tiempo y la necesidad de sobre exigir sus competencias (Aragón, Morazán, & Pérez, 2008) (Cifre, Agut & Salanova, 2000).

Referente a la edad, no existe acuerdo en los estudios; algunos postulan que es un factor decisivo en la aparición del Síndrome, destacando a las personas más jóvenes con mayores niveles de Burnout, lo que se explica por una correspondencia entre la edad y la experiencia y madurez, en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo (Aragón, Morazán & Pérez, 2008). En cambio otros estudios afirman que la edad no muestra diferencias significativas en los casos sintomáticos (Ordenes, 2004), coincidiendo con los resultados del estudio realizado, que demostró que la edad no es un factor asociado a la aparición del Síndrome ($p: 0,242$), mostrando una distribución homogénea en los distintos niveles de Burnout.

Respecto a la condición de pareja, estudios demuestran que las personas que tienen pareja presentan más Síndrome de Burnout en comparación a las que no tienen, asociando esto a los conflictos de índole conyugal que se generan en la relación (Delgado, 2010). Según los resultados tener pareja se asocia a bajos niveles de Burnout general y sus sub-escalas desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional, sin embargo la variable no es significativa con la aparición del Síndrome ($p: 0,619$).

La variable hijos no es significativa en la aparición del Síndrome de Burnout ($p: 0,479$) en esta investigación, sin embargo, las personas que tienen hijos presentan bajos niveles de Burnout y altos puntajes en la sub-escala eficacia profesional, lo que se debe a que los hijos representan un apoyo, fomentando una base sólida y un mayor equilibrio psicológico (Cifre, Agut & Salanova, 2000), otros refieren que la presencia de hijos es un factor desencadenante, debido a que los hijos conllevan una gran responsabilidad, que requiere de mucho tiempo y que como padres son los únicos responsables de satisfacer sus necesidades (Delgado, 2010).

Los servicios clínicos resultaron no estar asociados a la aparición del Síndrome (p: 0,679), mostrando una distribución homogénea en los niveles de Burnout, presentando un leve aumento en Urología, Diálisis, y Consultorio Adosado a Especialidades con niveles muy altos en la escala de Burnout general. Esto no concuerda con estudios que postulan que la variable es significativa y que la mayor distribución se encuentra en los servicios de Urgencia y Oncología, lo que se debería al gran desgaste emocional que se vive en estos servicios debido al enfrentamiento diario con el sufrimiento humano. (Albaladejo et al, 2004).

La realización de turnos no es un factor asociado a la presencia del Síndrome de Burnout general (p: 0,60), mostrándose una distribución homogénea, pero destaca que las personas que no realizan turnos presentan alta eficacia, y las que realizan presentan bajas puntuaciones en la sub-escala cinismo, siendo significativo para esta última (p: 0,020) no concordando con resultados de estudios que describen altas puntuaciones en Síndrome de Burnout y sus sub-escalas desgaste emocional y cinismo en personal que realiza turnos que impliquen trabajo nocturno, esto asociado a las influencias fisiológicas y emocionales que resultan del trabajo nocturno, debido a las alteraciones de los ritmos circadianos, del ciclo sueño-vigilia y del ritmo de excreción de adrenalina (Albaladejo et al, 2004)(De La Rosa & Moncada, 2011).

La realización de horas extras y largas jornadas de trabajo son algo muy frecuente en el ambiente intrahospitalario, debido a la demanda asistencial, generando altos niveles de sobrecarga laboral en el personal (Deschamps, Olivares, De la Rosa & Asunsolo, 2011). Destaca que la mayor cantidad de personas realiza horas extras remuneradas, no asociándose esto a la presencia del Síndrome de Burnout general (p: 0,758), pero sí a la sub-escala eficacia profesional (p: 0,024), ya que las personas que realizan horas extras remuneradas presentan alto niveles de eficacia profesional, debido a que reciben un tipo de recompensa económica, que los motiva a realizar su trabajo de la mejor manera. Esto coincide con un estudio realizado por Flodgren, Eccles, Shepperd, Scott, Parmelli & Beyer (2011) donde se señala que “los incentivos económicos son efectivos para mejorar los procesos de atención en salud”.

Asociado a las horas extras, están las voluntarias y las no voluntarias, donde se aprecia que las horas extras voluntarias no se asocia a la escala Burnout general (p: 0,299), pero si están asociadas a la sub-escala desgaste emocional (p: 0,028), ya que las personas que las realizan presentan bajos niveles de desgaste emocional, lo que no coincide con los resultados de otro estudio realizado a personas que ejecutan trabajos de voluntariados, donde con el paso del tiempo presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos (Martínez, 2010).

La variable exigencias laborales se asocia a la sub-escala eficacia profesional (p: 0,004) no así a la aparición del Síndrome de Burnout general (0,399), pero si se relaciona que a mayor exigencia laboral, menor niveles de Síndrome de Burnout y mayores niveles de

eficacia profesional, esto porque el tener una ligera presión en el trabajo mantiene al trabajador alerta, estimulado y con ganas de trabajar y aprender (Colazo, Goreta & Rossi, 2011), concordando con el estudio realizado por Aragón, Morazán & Pérez (2008), donde se menciona dicha variable como no predisponente de padecer el Síndrome de Burnout general.

Las condiciones laborales se asocian a la presencia de Síndrome de Burnout (p: 0,001) y la sub-escala desgaste emocional (p: 0,003), presentándose menores niveles de Burnout y desgaste emocional mientras mejores sean las condiciones laborales, esto coincide con lo señalado por Delgado (2010), que postula “si no existe una estructura adecuada, un ambiente favorable y el mínimo de recursos materiales las tareas no se pueden cumplir con la calidad que se requiere”, señalando a una buena condición laboral como un factor protector de padecer el Síndrome. Otro estudio igual coincide en que las condiciones laborales son un factor asociado a la aparición del Síndrome, la salud laboral y sobre la calidad del servicio prestado (Fidalgo, s.f).

Las variables conflicto trabajo-familia y familia-trabajo han demostrado asociación con el Síndrome de Burnout y sus sub-escalas. En relación a conflicto trabajo-familia, se observa que a mayor nivel de conflicto, mayores niveles en la escala Síndrome de Burnout (p: 0,000) y sus sub-escalas desgaste emocional (p: 0,000) y cinismo (p: 0,011), ocurriendo lo contrario con la sub-escala eficacia profesional (p: 0,003). En conflicto familia-trabajo, se aprecia una relación similar, ya que a mayor nivel de conflicto, se observan altos niveles en la escala Síndrome de Burnout (p: 0,355) y sus sub-escalas desgaste emocional (p: 0,159) y cinismo (p: 0,034). Esta relación está dada por el gran esfuerzo mental y físico que muchas veces demanda el trabajo, llevando a sobrecarga emocional y física, repercutiendo en la relación de la persona con su familia (Haya, s.f). Todo lo dicho anteriormente no coincide con lo señalado por Vila, Küster & Pardo (2012), quienes estudiaron a los vendedores de diferentes áreas, demostrando que no hay una relación significativa entre el conflicto trabajo-familia, el conflicto familia-trabajo y el Síndrome de Burnout, esto relacionado a los diferentes ambientes laborales y personales de los encuestados, reaccionando de diferente manera a los conflictos generados en su entorno.

Según los resultados del estudio, la variable Engagement general (p: 0,004) y sus sub-escalas vigor (p: 0,000), dedicación (p: 0,000) y absorción (p: 0,041) están asociadas al Síndrome de Burnout. Se observa que a altos niveles de Engagement general y sus sub-escalas se aprecian bajos niveles de Síndrome de Burnout. Esta relación se mantiene con las sub-escalas de desgaste emocional y cinismo. Esto se comprueba según un estudio realizado por Vila, Küster & Pardo (2012), donde se afirma que “Engagement y Burnout representan dos opuestos de un mismo continuo”, siendo vigor el opuesto a desgaste emocional, dedicación a cinismo y absorción a eficacia profesional. Se observa a su vez, que a altos niveles de Engagement las personas presentan altos niveles de eficacia profesional, esto se explica ya que al existir alto compromiso con el trabajo, se observa una motivación por parte de la persona y una percepción positiva de su labor (Rosas, 2006).

10. CONCLUSIÓN

El Hospital Base Valdivia es un hospital de alta complejidad tipo 1, centro de referencia suprarregional para las especialidades Oncología, Hematología y Nefrología. Para cumplir con las demandas de los pacientes se requiere de personal de enfermería comprometido con su labor y dedicado, que asegure una atención de calidad a los usuarios. El personal de enfermería, es quien está en contacto directo con el paciente la mayor parte del tiempo, por lo que son claves en la recuperación del estado de salud. Para lograr este propósito es fundamental que el personal se encuentre satisfecho y realizado con la labor que desempeña, de esta manera se asegura un actuar acorde a las necesidades de los pacientes, velando siempre por su bienestar.

Es de suma importancia determinar cada uno de los factores que influyen o se asocian a la ocurrencia del síndrome de Burnout, ya que de esta manera se puede evaluar dichos factores, buscando estrategias que permitan mejorar cada área, debido a que si el personal de enfermería se encuentra con sobrecarga de trabajo y no se siente valorado en la labor que desempeña, esto afectará en la calidad de la atención, la que se irá deteriorando cada día, afectando directamente el ambiente laboral, el prestigio de la institución y como consecuencia, al desarrollo del país en el ámbito sanitario.

Para que el personal de enfermería se encuentre en equilibrio emocional, se deben tener en cuenta todos los factores personales, familiares y laborales, destacando como principal área de intervención los factores laborales, por medio de estrategias desplegadas por las instituciones de salud, ya sea en clima laboral, sistema de turno, remuneración, incentivos, condiciones y exigencias laborales, que logren disminuir los niveles de estrés y la carga de trabajo del personal, lo que requiere de un compromiso individual y organizacional, para que así, se consiga el objetivo de toda institución de salud, entregar la mejor calidad de atención a sus usuarios y contar con la confianza y aprobación de toda la población.

11. REFERENCIAS

Ayala, R., Calvo, M., Torres, M. & Koch, T. (2009). Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del caringbehaviorsassessmentenChile. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf08110.htm. Consultado el 07 de diciembre del 2011.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en el Hospital de Madrid. *Rev Española Salud Pública*, 78(4). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272004000400008&script=sci_arttext. Consultado el 26 de Octubre del 2012.

Alves, J., Vieira, J. & De Almeida, P. (2003). Estrés en el trabajo del enfermero. *Rev Escuela Enfermería USP*, 37(3):63-71. Disponible en: www.scielo.br/pdf/reusp/v37n3/08.pdf. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Aragón, M., Morazán, D. & Pérez, R. (2008). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”. Disponible en: http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto6.pdf. Consultado el 26 de Octubre del 2012.

Arón, A. & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Disponible en: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Barcellos, R., Cruz, M. & Da Silva, L. (2010). Riesgos Ocupacionales y Alteraciones de Salud entre trabajadores brasileños de enfermería en Unidades de Urgencia y Emergencia. *Revista Ciencia y enfermería* (2):69-81

Bocanegra, J. (2012). Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2012/No%201/6-13%20Panorama%20-%20Sobrecarga%20laboral.pdf>. Consultado el 30 de Octubre del 2012.

Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. *Revista de salud de los trabajadores*, 6 (2):113-114. Disponible en: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>. Consultado el 16 de Diciembre del 2011.

Carrasco,C., Jabalquinto ,M., Ruiz ,C.,Brown,X,. Nuñez,E. (s.f).Factores asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras(os). Disponible en: http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/146/1/prom_23.pdf Consultado el 2 de noviembre del 2012.

Chácon, M. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cubana Oncol*, 13(2): 118-125. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm. Consultado el 07 de diciembre del 2011.

Cifre, E., Agut, S. & Salanova, S. (2000). Demandas y características del trabajo como predictores de la salud mental en el trabajo en función del sexo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2):243-258.

Cogollo, Z., Gómez, E.(2010).Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Disponible en. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a04.pdf> Consultado el 01 de noviembre del 2012.

Colazo, V., Goretta, M. & Rossi, G. (2011). Síndrome de Burnout. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/sindrome-bornout-tesis-licenciatura-enfermeria/sindrome-bornout-tesis-licenciatura-enfermeria.shtml>. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Davis, A. (2000). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: Qué sabemos y qué debemos cuestionar. Disponible en: http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documentos/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF. Consultado el 07 de diciembre del 2011.

Delgado, M. (2010). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2543/8/Sindrome-de-burnout-en-el-personal-de-Enfermeria->. Consultado el 26 de Octubre del 2012.

De La Rosa, G. & Moncada, D. (2011).Relación entre personalidad resistente, edad, sexo, turno, antigüedad y Burnout en operadores de atención al cliente. Disponible en: http://factorespsicosociales.com/tesisred/pdfs/Personalidad_resistente.pdf. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

De Romaña, C. & Aguinaga, A. (1999). Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf>. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Deschamps, A., Olivares, S., De la Rosa, K. & Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y

enfermeras. *Rev Medica Seguridad Trabajo*, 57 (224): 224-241. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>. Consultado el 03 de Noviembre del 2012

Díaz, C. (2010). Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo. Disponible en: www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/36/pagina281.pdf. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Dirección del Trabajo. (2011). Código del trabajo. Disponible en: http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articulos-59096_recurso_1.pdf. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Dos Santos, L., Pérez , P., Reyes, J.,Soloaga, G. (2007). El síndrome de Burnout en personal medico y de enfermería del hospital “juan ramón gomez” de la localidad de santa lucia, corrientes. *Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina (167)* Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista167/1_167.pdf Consultado el 2 de noviembre del 2012.

Feo, O. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y su ambiente. *Revista Ciencia y Salud colectiva*, 8 (4): 887- 896. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000400011&script=sci_arttext. Consultado el 04 de Diciembre del 2011.

Fernández, D. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>. Consultado el 03 de Noviembre de 2012.

Fidalgo, M. (s.f.). Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout”: definición y proceso de generación. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Flodgren, G., Eccles, M., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E. & Beyer, F.(2011). Resumen de las revisiones que evalúan la efectividad de los incentivos económicos en el cambio de la conducta de los profesionales sanitarios y los resultados de los pacientes. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD009255&SessionID=0>. Consultado el 29 de Octubre del 2012.

Flores, I. (2009). Filosofía y ciencia del cuidado transpersonal Jean Watson. Diapositiva. Valdivia, Chile.

Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Disponible en:

http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf.

Consultado el 30 de Octubre del 2012

Gamonal, Y., García, C., Silva, Z. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Rev. Enfermería. Herediana 01 (1)*. Disponible en http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Sindrome_de_Burnout_en_elProfesional_de_enfermeria.pdf Consultado el 2 de noviembre del 2012.

García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Rev. de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 7(18): 4-20.

García-Huidobro, D., Spröhnle, C. & Sapag, J. (2008). Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la Salud. *Revista médica de Chile*, 136 (6): 809-811. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600019. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. *Rev Psicología en estudio*, 7(1):3-10.

Gómez, J. (2011). Salud, estrés y adaptación en poblaciones precerámicas de la Sabana de Bogotá. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/4124/1/478299.2011.pdf. Consultado el 9 de diciembre del 2011.

Gómez, M., Álamo, M., Amador, M., Ceacero, F., Mayor, A., Muñoz, A & Izquierdo, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de Medicina Interna. *Rev Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55 (215): 52-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2009000200005&script=sci_arttext. Consultado el 04 de Diciembre del 2011.

González, J. (1989). Deprisa, deprisa... El estrés. Disponible en: www.psicoter.es/arts/89_C018_01.pdf. Consultado el 09 de Diciembre del 2011.

González, M., Hernández, T., Soberanes, L., Mendoza, F. & Sánchez, G. (s.f.). Estudio del Burnout y Engagement Académico en estudiantes universitarios. Disponible de: http://cie.uach.mx/cd/docs/area_08/a8p19.pdf. Consultado el 30 de Octubre del 2012.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista española de Salud Pública*, 83 (2): 215- 230. Disponible en <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

Haya, C. (s.f.). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Disponible en:

<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioporras.PDF>
E. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Hernández, A. & Guardado, C. (2004). La Enfermería Como disciplina Profesional Holística. *Revista Cubana de enfermería*, 20 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

Leite, M., Alix, M. & Freitag, L. (2005). Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Revista Index de Enfermería*, 14 (48-49): 42-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962005000100009&script=sci_arttext. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

León, C. (2006). Enfermería Ciencia y Artes del Cuidado. *Revista Cubana Enfermería* 22(4). Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm Consultado el 01 de noviembre del 2012.

Lin, K., Huang, C., Wu, C. (2007). Asociación entre estrés en el trabajo y Cefalea primaria en personal de enfermería en Taiwan. *Rev. American Headache Society*, 47, 576-584. Doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00759.x.

López, V. & Mendoza, R.(2009). Evaluación de carga de trabajo en servicios críticos de un hospital de alta complejidad. Disponible en: <http://www.orconference.org/2009/ficha.asp?result=1387> .Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Marriner, A. Raile, M. (1999). Modelo de la adaptación por Callista Roy, Modelos y teorías en Enfermería (cuarta ed.,pp. 243-258). Madrid, España: HarcourtBrace.

Marriner, A & Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. (6º edición). Editorial elsaviermosby, pagina 97 y 318

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>. Consultado el 20 de Octubre del 2012.

Melita, A., Cruz, M. & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Rev. Ciencia y enfermería*, 14 (2): 75-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Ministerio de trabajo e inmigración. (2011). Observatorio de enfermedades profesionales y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo. Disponible en: <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/CEPROSS%20y%20PANOTRATSS%202010.pdf>.

Consultado el 30 de Octubre del 2012

Moreno, M. & Alvarado, A. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100006&lng=es&nrm=. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Ocaña, M. (1998). Síndrome de adaptación general. La naturaleza de los estímulos estresantes Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=195857. Consultado el 08 de diciembre del 2011.

Ordenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Rev Chilena Pediatría*, 75 (5): 449-454. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006. Consultado el 26 de Octubre del 2012.

Organización internacional del trabajo. (2010). Lista de enfermedades profesionales de la OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf. Consultado el 30 de Octubre del 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2001). Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe - Desafíos para la Enfermería. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hsp/hso/calidservesp.pdf>. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Ortega, C. & López, F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Rev. International Journal of clinical and Health psychology*, 4(1): 137-160.

Palmer, Y., Gómez, A., Cabrera, C., Prince, R. & Searcy, R. (2005). Factores de Riesgo Organizacionales Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Anestesiólogos. *Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal*. 28 (1). Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58212809.pdf> Consultado el 7 de noviembre del 2012.

Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral: Textos de capacitación. Disponible en: <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

Parra, P. (2010). Relación entre el nivel de Engagement y el rendimiento Académico teórico/práctico. *Revista Educación Ciencias Salud*, 7 (1): 57-63.

Pérez, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M. & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev. cubana de Salud Pública*, 34 (4). Disponible en <http://bvs.insp.mx/articulos/2/19/SATISF-Ene09.pdf>. Consultado el 08 de Diciembre del 2011.

Pose, G. (2006). El estrés en la evaluación institucional. Disponible en: <http://educacion.idoneos.com/index.php/118466>. Consultado el 30 de Octubre del 2012.

Rosas, S. (2006). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en personal de enfermería del Hospital General Pachuca. *Revista científica Electrónica de Psicología*, (3). Disponible en: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No_2-5.pdf. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Rozo, C. (2006). Propuesta metodológica para la educación en salud de la persona, la familia y la comunidad. Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/tesis/index/assoc/HASH019f.dir/doc.pdf>. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Sánchez, E. (2000). Implementación de la planificación de calidad. Castilla. Disponible en: http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/biblio_implementationcalidad.pdf&%5d. Consultado el 03 de Noviembre del 2012.

Secretaria de acción sindical. (s.f.). Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral. Disponible en: <http://www.ugtcai.org/portada/manual.pdf>. Consultado el 30 de Octubre del 2012.

Torres, J. (2007). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2645/b15236699.pdf?sequence=1>. Consultado el 03 de Noviembre de 2012.

Valecillo, M., Quevedo, A., Palma, A., Dos Santos, A., Montiel, M., Camejo, M. & Sánchez, M. (2009). Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. *Rev. Salud trabajo*, 17(2): 85-95. Disponible en: www.scielo.org/ve/pdf/st/v17n2/art02.pdf. Consultado el 18 de diciembre del 2011.

Vargas, M. y Recio, M. (2008). Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: De las ideas a la acción. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf. Consultado el 03 de Noviembre de 2012.

Vila, N., Küster, I. & Pardo, E. (2012). Antecedentes y efectos del burnout-engagement del vendedor. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90143623&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=324&ty=118&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=htt

<p://www.elsevierciencia.es&lan=es&fichero=324v15n03a90143623pdf001.pdf>. Consultado el 29 de Octubre del 2012.

Yáber, G., Corales, E., Valarino, E. & Bermúdez, J. (2007). Estrés ocupacional en despachadores descarga eléctrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2): 297-309. Disponible en: <redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80539207.pdf>. Consultado el 18 de diciembre del 2011.