



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**RELACIÓN ENTRE BURNOUT Y LAS ÁREAS DE VIDA LABORAL EN UN
HOSPITAL INTERCULTURAL DEL SUR DE CHILE, 2013**

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTORA: FRANCISCA BURGUEÑO ALCALDE

PROFESORA PATROCINANTE: DRA. MÓNICA ILLESCA PRETTY

Temuco, agosto 2015



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**RELACIÓN ENTRE BURNOUT Y LAS ÁREAS DE VIDA LABORAL EN UN
HOSPITAL INTERCULTURAL DEL SUR DE CHILE, 2013**

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

98238

AUTORA: FRANCISCA BURGUEÑO ALCALDE

PROFESORA PATROCINANTE: DRA. MÓNICA ILLESCA PRETTY

Temuco, agosto 2015

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado de la Facultad de Medicina.

Profesora Patrocinante: _____


Dra. Mónica Illesca Pretty

Evaluadora Externo 1: _____


Dra. Edith Rivas Riveros

Evaluador Externo 2: _____


Mg. Alejandro Hernández Díaz

Directora Programa de Magíster: _____


Dra. Edith Rivas Riveros

DEDICATORIA

A todos aquellos que han padecido o padecen Burnout

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica Illesca, Directora de mi tesis, por guiarme en la ejecución de este trabajo y por sus valiosas observaciones. Por comprenderme en los cambios que fui viviendo y en especial por su paciencia.

A la Dra. Edith Rivas, Directora del Programa de Magíster por impulsarme en continuar mis estudios de postgrado, por alentarme en la importancia que tiene la investigación en Enfermería y por su constante apoyo y cariño en este tiempo.

Al Hospital Intercultural del Sur de Chile, por aportar al óptimo desarrollo de este estudio, ya que sin su colaboración no habría sido posible obtener los datos necesarios.

A mi familia, en especial a mis padres por incentivar me el estudio y la investigación, mientras me apoyaban emocionalmente. A mis hermanos, por sus constantes bromas y excesivas presiones para terminar la tesis y sobre todo, darme el aliento necesario para no rendirme.

A mi esposo, Pedro, mi principal apoyo durante este período, regalándome alegrías, consejos y tiempo para que el camino sea más llevadero.

Finalmente, a Dios por regalarme la hermosa vocación de ser Enfermera, por darme la fuerza necesaria para continuar y por ponerme a mi lado a tantas personas que me han ayudado en este camino.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	
2.1.- Objetivo General	4
2.2.- Objetivos Específicos	4
III. MARCO TEÓRICO	
3.1 Contexto de la investigación	5
3.2 Síndrome de Burnout	8
3.2.1 Antecedentes históricos	8
3.2.2 Definiciones	10
3.2.3 Población de riesgo	12
3.2.4 Causas	13
3.2.5 Consecuencias	16
3.2.6 Taxonomía de Modelos Explicativos de Burnout	17
3.2.7 Instrumentos de medición	19
3.3.- Teoría de la disciplina Sor Callista Roy “Modelo de Adaptación”	22
3.4.- Teoría de otra disciplina de Richard Stanley Lazarus “Estrés”	29
IV. MARCO EMPÍRICO	36
V. METODOLOGÍA	
5.1 Paradigma de la investigación	42
5.2 Diseño de investigación	42
5.3 Universo o población objetivo y unidad de análisis	43
5.4 Muestra y criterios de selección	43
5.5 Técnica de recolección de datos	44
5.6 Descripción de variables	46
5.7 Análisis de datos	49
5.8 Implicancia Éticas	49
VI. RESULTADOS	52
Tabla 1 Perfil sociodemográfica de la población en estudio	52
Tabla 2 Niveles de Burnout en relación a desgaste emocional	54
Tabla 3 Niveles de Burnout en relación a despersonalización	54
Tabla 4 Niveles de Burnout en relación a ineficacia profesional	54
Tabla 5 Carga laboral en el equipo de salud	56

Tabla 6 Control en el equipo de salud	56
Tabla 7 Recompensa en el equipo de salud	56
Tabla 8 Comunidad en el equipo de salud	57
Tabla 9 Justicia en el equipo de salud	57
Tabla 10 Valores en el equipo de salud	58
Tabla 11 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y estado civil	58
Tabla 12 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y estamento	59
Tabla 13 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y Unidad de trabajo	60
Tabla 14 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y carga de trabajo	61
Tabla 15 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y recompensa	62
Tabla 16 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y justicia	63
VII. DISCUSIÓN	64
VIII. CONCLUSIONES	68
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	
Anexo 1 Formulario Consentimiento Informado	84
Anexo 2 Ítem 1: Datos sociodemográficos	85
Anexo 3 Instrumento MBI-GS y AWS	86
Anexo 4 Tablas 17 – 21 Correlaciones no significativas	89

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile, se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 103 miembros del equipo de salud, entre ellos Médicos, Enfermeras/os, Técnicos en Enfermería de Nivel Superior, Kinesiólogos/as, Nutricionistas y Auxiliares de Servicio. Para recolectar los datos se utilizó un ítem de datos sociodemográficos y las escalas de Maslach Burnout Inventory (MBI) y Aéreas de la Vida Laboral (AWS). Para el análisis de datos se utilizó la correlación de Pearson y se apoyo en el programa estadístico SPSS v.21.

Entre los resultados se observó Burnout alto para desgaste emocional (8,8%); cinismo (7,8%); ineficacia profesional (3,9%). Se encontró correlación con significancia entre: estado civil con ineficacia profesional ($p=0,003$); desgaste emocional y profesión ($p=0,013$); cinismo y profesión ($p=0,000$); desgaste emocional y servicio ($p=0,030$); desgaste emocional y carga de trabajo ($p=0,000$); cinismo y carga de trabajo ($p=0,000$); cinismo y recompensa ($p=0,044$); desgaste emocional y justicia ($p=0,019$).

Se concluye que la prevalencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Intercultural del Sur de Chile es baja, aunque varía según profesión siendo prevalente en Médicos Generales y Especialistas, seguido por Enfermeras/os. Se apreció una relación muy estrecha en cómo influye la carga laboral en el desgaste emocional y cinismo en todo el equipo de salud.

Palabras clave: agotamiento profesional, estrés laboral, agotamiento emocional(DeCS).

ABSTRACT

In order to determine the prevalence of Burnout Syndrome in health team of Emergency Services, Critical Patient Unit (UPC), Surgery, Medicine and Pediatrics of an Intercultural Hospital in southern Chile, a quantitative study was conducted type descriptive of cross section. The sample consisted of 103 members of the health team, including Doctors, Nurses, Nursing Technicians Higher Level, Kinesiologists, Nutritionists and Auxiliary Service. To collect data an item of sociodemographic data and scales Maslach Burnout Inventory (MBI) and Air of Working Life (AWS) was used. For data analysis Pearson's correlation and support in SPSS v.21 was used.

Among the results was observed for high Burnout emotional distress (8.8%); cynicism (7.8%); professional inefficacy (3.9%). It's found correlation significance between: professional inefficiency marital status ($p = 0.003$); emotional wear and profession ($p = 0.013$); cynicism and profession ($p = 0.000$); emotional wear and service ($p = 0.030$); emotional stress and workload ($p = 0.000$); cynicism and workload ($p = 0.000$); cynicism and reward ($p = 0.044$); emotional wear and justice ($p = 0.019$).

We conclude that the prevalence of Burnout Syndrome in an Intercultural Hospital of Southern Chile is low, although it varies by occupation, still prevalent in General Doctors and Specialists, followed by Nurses. A very close relationship influences how the workload in the emotional exhaustion and cynicism in all the health care team.

Keywords: Burnout, job stress, emotional exhaustion (DeCS).

I.- INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout también denominado síndrome de estar quemado por el trabajo (1) se define como *“una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”*(2). Fue descrito por primera vez en 1974 para explicar el proceso de deterioro en los cuidados profesionales hacia los usuarios (3). Posteriormente se realizaron los primeros estudios caracterizados por su tridimensionalidad: desgaste emocional, cinismo e ineficacia profesional (4). Cabe mencionar, que cuando se habla de estrés en el ámbito laboral, éste se relaciona directamente con el Síndrome, ello por las repercusiones sobre la productividad y bienestar de la fuerza trabajadora (5).

El Síndrome atraviesa varias fases que van desde el entusiasmo inicial con altas expectativas de idealización, pasando a una de estancamiento, para luego llegar a la de frustración, donde se cuestiona hasta la utilidad del trabajo realizado y donde resaltan los aspectos negativos del mismo como las horas empeñadas en un turno, los sueldos bajos, la falta de recursos para realizar dicha función y que se manifiesta a través de problemas emocionales y conductuales. Finalmente, se termina en una indiferencia o apatía por la labor, lo que repercute tanto en la calidad de vida como la del trabajo (6).

Las consecuencias no son sólo a nivel individual (agotamiento, fatiga crónica, cansancio, distancia mental, ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas, incremento en el uso de sustancias tóxicas, desbordamiento en la vida privada y dudas sobre las propias capacidades), sino también en la Organización por la insatisfacción laboral, falta de compromiso y deserción, disminuyendo la cantidad y eficiencia de la función realizada (7).

Se asocia el Burnout como el principal responsable de los elevados niveles de desmotivación y ausentismo laboral (8), concretamente en el ámbito de la salud del Sector Público de Chile éste aumentó considerablemente de 1,4% en 2005 a 1,7% en el 2013, siendo el 71% de días hábiles no trabajados correspondientes a licencias médicas (9).

El Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS) al cual pertenece el Hospital, objeto de estudio, tiene un índice de ausentismo laboral de 22%, siendo superior al Nacional que obtuvo un 19,3%, que incluyen principalmente licencias médicas curativas (10), que son permisos médicos que avalan la ausencia en el trabajo con motivos justificados. Si se consideran los parámetros antes expuestos, sumado a los altos niveles de atrasos de acuerdo a registros de asistencia, quejas constantes del personal en relación a su labor o evitación de éste, hace importante plantear una investigación que permita discernir si estos aspectos se deben a la presencia de Síndrome de Burnout en dicha Institución.

Por lo anteriormente expuesto, con el objetivo de determinar si las conductas antes mencionadas de los distintos equipos de salud de dicho Hospital corresponden al Síndrome de Burnout, se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal para determinar la prevalencia del Síndrome. La población de estudio fueron Médicos Generales y Especialistas, Enfermeras/os, Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS), Auxiliares de Servicio, Nutricionistas y Kinesiólogos pertenecientes a los Servicios de Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría.

La recolección de datos se efectuó a través de un ítem de datos sociodemográficos y las escalas de Maslach Burnout Inventory (MBI) y Aéreas de la Vida Laboral (AWS) (11), previa firma del consentimiento informado. Se utilizó para el análisis el programa estadístico SPSS versión 21 para Machintosh.

La relevancia de este estudio radica en que, al conocer la presencia del Síndrome de Burnout y su influencia con las variables de estudio, la directiva del Hospital contará con información confiable para plantear estrategias de desarrollo para contribuir a la mejora de la calidad de vida laboral. Por ejemplo, solicitar a las autoridades correspondientes la implementación de medidas de descanso, aumentar la dotación del personal u otras compensaciones, lo que llevaría como consecuencia proporcionar cuidados de calidad a los usuarios hospitalizados en dichos Servicios, incrementando la satisfacción de ellos.

El estudio constituye el inicio de una línea de investigación para la disciplina de Enfermería consiguiendo elaborar distintas teorías para afrontar el Burnout desde nuestra área originando colaboraciones multicéntricos a nivel nacional e internacional, así también se podrían implementar nuevas medidas en el trabajo que ayuden a prevenir este Síndrome.

II.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre Burnout y las áreas de la vida laboral en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile durante los meses de septiembre y octubre del año 2013.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población en relación a edad, sexo, estado civil, estudio actual, nivel educacional, tipo de contrato, estamento, unidad de trabajo, tiempo de permanencia en el Hospital, años de permanencia en el puesto de trabajo, realización de otro trabajo u horas extras y si realiza sistema de turnos.
- Identificar la frecuencia del Síndrome en “Desgaste emocional”, “Cinismo” e “Ineficacia Profesional”.
- Identificar la frecuencia de las áreas de la vida laboral como: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores.
- Relacionar la presencia del Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, estamento, unidad de trabajo.
- Relacionar la presencia del Síndrome de Burnout con las áreas de la vida laboral:
 - Carga de trabajo: tipo y sobrecarga.
 - Control: cómo hacer el trabajo, autonomía e independencia, influencia sobre jefatura para obtener equipo y espacio necesario ejecutarlo.
 - Recompensa: reconocimiento salarial, social y organizativo.
 - Comunidad o colectividad: trabajo en equipo, conexión con otros, apoyo social, respeto y ausencia de conflictos.
 - Justicia: sensación de injusticia (desigualdades de salario, tipo y cantidad de trabajo, ascensos o promociones inmerecidas).
 - Valores: realizar labores que van en contra de la propia escala de valores o que son reñidas con la ética.

III.- MARCO TEÓRICO

Este apartado se compone de las bases teóricas, antecedentes y definiciones de los principales conceptos relacionados con Síndrome de Burnout estructurado en: contexto de la investigación, Síndrome de Burnout: antecedentes históricos, definiciones, población de riesgo, causas, consecuencias, taxonomía de modelos explicativos, teorías tanto de la disciplina como de otras ciencias relacionadas con el objeto de estudio.

3.1.- Contexto de la Investigación

El Hospital Intercultural, se sitúa en Nueva Imperial, ubicada en territorios occidentales de la Depresión Intermedia y las últimas estribaciones montañosas del Sur de la cordillera de Nahuelbuta; a unos 35 kilómetros al oeste de la capital regional de la Araucanía de Chile, Temuco. La población en el año 2002 según reporte del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (12) es de 29.994 personas en dicha comuna, de los cuales el 50% pertenece a zona rural. En su proyección al año 2012 el INE estima una población total de 32.533 de los cuales el 51% corresponde a sexo masculino y el 49% a femenino. De las características de los habitantes, destaca un elevado número de ciudadanos pertenecientes a etnia mapuche correspondiente a un 49,85% (13). Cabe mencionar que no hay acceso a los datos del Censo del año 2012.

Al respecto, la concepción sobre salud-enfermedad del pueblo Mapuche está marcado por una mirada mágico-religiosa, es decir, atribuyen la enfermedad a causas sobrenaturales, como maleficios o por una trasgresión de normas ético-moral, por lo que su medicina se basa en rituales o tratamientos con aguas termales y hierbas. Actualmente acceden al sistema de Salud Estatal y conservan las prácticas tradicionales, sin embargo ha sido un proceso largo que ha pasado por diferentes estados, en un primer tiempo de rivalidad y de desacreditación por ambos tipos de medicina, lo que con el tiempo ha ido disminuyendo transformándose en una validación y aceptación mutua, lo que ha permitido incluso trabajar conjuntamente, ya que ha habido una aceptación a las costumbres autóctonas por parte de la medicina occidental (14).

El Centro Asistencial fue creado en el año 1882, su estructura física ha pasado por tres construcciones hasta llegar al actual Hospital, debido al incremento de la población y también por causa del maremoto del año 1960. La administración estuvo a cargo de religiosas hasta el año 1935 cuando ingresaron los dos primeros médicos a trabajar en la Institución (15).

Cabe mencionar que posterior al maremoto de 1960, se construyó un Hospital cerca del centro de la ciudad, comenzando a funcionar un año después como Establecimiento Tipo 3, con atención abierta y cerrada. Otorgaba cuidados médicos de Nivel Primario y Secundario, resolviendo patología de mediana complejidad. Luego se fue reforzando la planta de recursos humanos con algunos especialistas en el área de Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría, lo cual ha permitido mejorar la calidad de los servicios entregada a los usuarios, facilitando en parte la resolutiveidad de las prestaciones entregadas a los pacientes ambulatorios y hospitalizados procedentes de la comuna y de los sectores costeros (16).

Por otro lado, la baja capacidad resolutive de los establecimientos que conformaban la red asistencial del área de Cautín, y la demanda insatisfecha de prestaciones de mediana complejidad, provocó que el Hospital Regional de Temuco se colapsara, resolviendo patologías de menor complejidad, y perdiendo parcialmente su rol como Hospital base de la región, encargado de satisfacer la demanda de prestaciones de alta complejidad (14).

Lo anterior demostró la necesidad de reforzar la capacidad de los Hospitales Tipo 3 de Cautín, fortaleciendo en ellos su facultad de contención hacia Temuco. En este ámbito, el Hospital, fue el encargado de resolver la demanda de mediana complejidad de toda la zona costera de la Provincia, siendo centro de derivación para dos Hospitales Tipo 4 (Saavedra y Carahue), cumpliendo un rol de filtro, que debiera dejar pasar hacia Temuco sólo la patología de alta complejidad (14).

Así comienza, el año 1999 la real necesidad de normalizar dicho Hospital, permitiendo de esta forma una adecuación real a los requerimientos en cuanto a la construcción, equipamiento y personal, entregándole al establecimiento los medios precisados para cumplir con el rol que le asigna la red de salud regional, y responder a la demanda de prestaciones de su población objetivo. El Establecimiento se inaugura el año 2005 con una infraestructura nueva y moderna, además de mayor dotación de recursos humanos y tecnológicos, entre otros (14). Comenzó a funcionar con la misma cantidad de funcionarios por tres meses y luego se incorporaron los seleccionados de los cargos en concursos (16).

Todos los cambios mencionados aumentaron la carga laboral para todo el equipo de salud, lo que se traduce en un alto número de pacientes por profesional, lo que se diferencia a los estándares mundiales (17), lo cual puede tener consecuencias para la salud de los trabajadores, como es el Burnout (7). Por tal motivo, se describen los Servicios que participaron en la investigación, con la dotación del personal correspondiente.

El presente estudio incorpora al equipo de salud de los Servicios Clínicos de Urgencia, UPC, Cirugía, Medicina y Pediatría, cada uno de ellos a cargo de un Médico y una Enfermera Jefe y éstos dependientes de la Subdirección Médica y de la Coordinación de Enfermería. A continuación se describe cada uno de ellos:

- Servicio de Urgencia: tiene dos Médicos Generales, un Enfermero, tres TENS y un Auxiliar de Servicio por turno, además una Enfermera y un TENS en trabajo diurno. Cabe destacar que los Médicos en turno quedan de llamado para los Servicios de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina y Pediatría.
- Unidad de Paciente Crítico: dispone de cuatro camas de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) y siete de Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI). La dotación del personal en turno es de un Médico Internista (de llamado para el Servicio de Medicina), dos Enfermeros, tres TENS y un Auxiliar de Servicio lo que se refuerza en jornada diurna con una Enfermera, un Kinesiólogo y un TENS.
- Cirugía: tiene 32 camas, tres Médicos Especialistas que trabajan en las mañanas; una Enfermera, un TENS, un Kinesiólogo y un Auxiliar de Servicio en horario diurno.

Existen tres TENS y una Enfermera por turno, el profesional después de las 17 hrs. y fines de semana asume el Servicio de Pediatría.

- Servicio de Medicina: con 42 camas, donde trabajan 4 Médicos Internistas en jornada diurna que se rotan debido a tener que cubrir turnos en UPC. El staff de Enfermeras/os son dos por turno y una Enfermera Jefe hasta las 17 hrs. El personal TENS son 21 y uno de ellos trabaja en jornada diurna.
- Unidad de Pediatría: dispone de cinco cunas, cuatro camas y dos aislamientos y tres fototerapias. El personal diurno es de una Pediatra, una Enfermera que tiene laborales administrativas y clínicas y un Auxiliar de Servicio. Después de las 17 hrs. fines de semanas y festivos quedan dos TENS en turno y una Enfermera de llamado perteneciente al Servicio de Cirugía.

Apoyan dichas Unidades Clínicas tres Nutricionistas, cuatro Kinesiólogos, quienes tienen una alta demanda de paciente en relación al número de funcionarios, lo que interfiere también en la calidad de algunos procedimientos, ya que no todos los Servicios tienen el personal necesario. Además, es un factor estresante el reforzar la atención de los pacientes después de las 17 hrs. y los fines de semana.

Se incluyó a dichos Servicios, con la finalidad de representar Unidades Críticas y Básicas para evidenciar si existen diferencias significativas, también se incorporó en el estudio a todo el equipo de salud, siendo Médicos Generales y Especialistas, Enfermeras/os, Kinesiólogos, Nutricionista, TENS y Auxiliares de Servicio, ya que todos se ven afectados por las altas demandas de salud de la población y permite una comparación por estamento para adoptar medidas específicas.

3.2.- Síndrome de Burnout

3.2.1.-Antecedentes históricos

Fue descrito por primera vez en 1969 por Bradley como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término “staff burnout” (18).

En el año 1974, un médico psiquiatría llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la “Free Clinic” de Nueva York para toxicómanos, observó que al cabo de un período entre uno a tres años, la mayoría de voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Para describir este patrón conductual homogéneo Freudenberger eligió la misma palabra que se utilizaba en ese entonces para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso: “Burn-out” (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”). Dicha palabra era de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado (19). En el año 1980 publica su libro titulado “Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it”, texto que se ha transformado en un referente primordial para el abordaje primigenio del Síndrome (20).

Por otro lado, en el año 1976 la Psicóloga Social, Christina Maslach dio a conocer la palabra Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban quemándose (21).

El concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, luego de varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Lo definieron como tridimensional, considerando los siguientes constructos: cansancio o agotamiento emocional (sobre esfuerzo y hastio emocional), despersonalización o desesperación (actitudes cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan servicios) y baja realización personal (pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo auto concepto como resultado, muchas veces inadvertido de las situaciones

ingratas), y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes (22).

3.2.2.-Definiciones

El Síndrome de Burnout, también conocido como Síndrome de Desgaste Ocupacional o Profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo (23).

El vocablo “síndrome” proviene del griego συνδρόμη y es definido según la Real Academia Española (RAE) como un “conjunto de síntomas característicos de una enfermedad” y “conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada” (24).

Existen muchos autores que lo han intentado definir. A continuación se presentan las que se consideran relevantes para el estudio:

- *“Estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*(6).
- *“Respuesta al estrés laboral crónico acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan disturbios psicológicos en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”* (25).
- *“(…) deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general”* (26).
- *“Experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”* (27).
- *“Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por las personas que ejercen profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”* (27).
- *“Condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente”* (23).

Independientemente de la definición particular de los diferentes estudiosos en el campo, lo cierto es que el Burnout es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre. Se identifican tres dimensiones (23), la primera; el desgaste emocional; constituye el inicio del proceso y representa el estrés individual básico, se caracteriza por la sensación de sobre exigencia y falencia de recursos emocionales y físicos, se relaciona con la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (28). Se acompaña de tedio, pérdida de interés y disgusto a causa de las tareas propias del trabajo, en resumen se experimenta insatisfacción con la labor realizada. En esta fase existe un sentimiento de indefensión como consecuencia de enfrentar activa, pero ineficazmente la situación (8).

La segunda dimensión; el cinismo; conforma el núcleo del Síndrome y representa el contexto interpersonal del Burnout. Se caracteriza por una respuesta negativa, insensible o excesivamente apática hacia el trabajo, en cuyo caso se observa desinterés en las personas a las cuales se atiende, con pérdida de la capacidad de empatía, una burda y somera objetivación de su condición y problemática, llegando a culpabilizar a los usuarios por su propia situación, puesto que el desapego laboral puede llevar a una pérdida del idealismo y deshumanización (29). Esta etapa ocurre como consecuencia del fracaso en el afrontamiento del agotamiento emocional de la etapa anterior y surge como mecanismo de defensa para evitar el aumento de sentimientos, de desesperanza personal, indefensión e impotencia (8).

La tercera dimensión; la ineficacia profesional; es el abandono de la realización personal y representa al componente de autoevaluación, que se caracteriza por el sentimiento de incompetencia y carencia de logros y productividad. La sensación de disminución de la autoeficacia se exagera con la insuficiencia de recursos, falta de apoyo social y oportunidades de desarrollo profesional (29). Se cree que el trabajo no merece el esfuerzo realizado, que las cosas a nivel Institucional no van a cambiar y que no existen posibilidades de logro y mejoramiento personal (8).

3.2.3.- Población de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (30).

En general los más vulnerables a padecer el Síndrome son aquellas personas en las que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador - cliente de carácter intenso y/o duradero, sin considerar por cierto, a un cliente en particular sino más bien, a uno o varios. Pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, en las que el Burnout se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral (31).

Es muy frecuente en el personal sanitario Nutricionistas/os, Médicos, Enfermeras/os, Psicólogos/os, Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionales, Trabajadores Sociales y Terapeutas Familiares, así como también en trabajos administrativos y docentes (32, 33, 34), no escapando por cierto a otros como deportistas de élite (35), teleoperadores (operadores de Centros de Llamadas), Ingenieros, personal de las Fuerzas Armadas, y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar (22).

Los aspectos personales tendrían relación con variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, hijos, antigüedad en el puesto y en la profesión (8). Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres (36). Algunos autores plantean que las féminas serían más afectadas por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional y se ha visto una tendencia a puntuaciones más altas en cinismo, por parte de los varones, sin diferencias estadísticamente significativas (32, 37).

En cuanto al estado civil se ha visto mayor presencia en sujetos solteros, observándose mayor desgaste emocional, cinismo y menor ineficacia profesional que en personas con pareja estable. La existencia de hijos sería también un factor protector, dado que, no sólo influye estar casado sino el apoyo emocional recibido de la familia y la calidad de la

relación conyugal, así como la satisfacción o insatisfacción emocional respecto de ella (25).

Con respecto a los años de trabajo y antigüedad profesional, en general, pareciera que la edad no influye directamente en la presentación del Síndrome. Si bien algunos estudios sugieren que los más jóvenes e inexpertos tienen menos estrategias para resistir o prevenir situaciones estresantes en el trabajo (8), se sostiene que pudieran presentar mayor susceptibilidad en los primeros años de carrera, donde habría una transición desde las expectativas idealistas a la realidad del trabajo cotidiano. Además, se enfrentan a que las recompensas tanto personales, económicas como profesionales no son las que esperaban (32). También se ha documentado que existirían altos niveles de desgaste emocional en el Personal de Enfermería de mayor edad (38).

3.2.4.- Causas

Intervienen factores que se presentan también en forma simultánea y que actúan en diferentes ámbitos: individual relacionado a patologías médicas o trastornos psicológicos; social afectando las relaciones personales y organizacionales o laborales, donde se ponen de manifiesto problemas estructurales o de funcionamiento en el trabajo (21).

Junto con estudiar el Síndrome de Burnout, es interesante revisar los procesos de estrés, dado que las organizaciones se preocupan cada vez más de la calidad de vida de sus funcionarios, pues ésta repercute en los niveles de ausentismo, rotación de personal, disminución de la calidad y productividad del trabajo (25).

El estrés es considerado un fenómeno necesario para el desarrollo individual y se define como alteraciones fisiológicas generadas como resultado de la incapacidad para responder en forma apropiada a amenazas, tanto físicas como emocionales sufridas por el organismo. Se sitúa en el Síndrome General Adaptativo que consta de tres fases: la reacción inicial de alarma, para lo cual se movilizan respuestas fisiológicas defensivas; el estado de resistencia, el individuo se adapta al estímulo nocivo y la de agotamiento,

produciéndose una ruptura de los mecanismos de recuperación, que pueden llevar al sujeto incluso a la muerte (39).

Si bien existen factores de riesgo individuales que favorecen su presentación, es la naturaleza misma del trabajo la que tiene más influencia, representada por aspectos laborales, ya que cuanto mayor es el desajuste de la persona con su labor, aumenta la probabilidad de presentar el Síndrome.

El desgaste profesional sería una patología producida por un trastorno adaptativo crónico en profesiones que realizan servicio público y que implican un intenso grado de involucramiento con los usuarios, prolongando la condición de estrés (40). A su vez es provocado por un inadecuado afrontamiento a las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida del profesional y deteriora el quehacer o tarea diaria y las obligaciones cotidianas (39).

El mayor o menor ajuste al trabajo depende de aspectos organizacionales claves, los que se presentan a continuación (41):

1. **Carga de trabajo:** se expresa en la sensación de los trabajadores que tienen demasiado quehacer y no disponen de suficiente tiempo, ni los recursos requeridos, existiendo una incompatibilidad entre las exigencias laborales y sus capacidades para ejecutarlo. Se considera el mejor predictor de la dimensión agotamiento emocional.
2. **Sistema de control imperante:** la falta de control tiene un alto impacto en el estrés laboral y Burnout, específicamente cuando las personas sienten que son responsables de aspectos que escapan a su control, porque no se les permite hacer uso de su propia experiencia para tomar decisiones, perciben no tener autonomía, la que aumenta cuando son convocados a trabajar extra o a viajar, sin previo aviso o siendo avisados a última hora.
3. **Recompensa:** el estado de ánimo de los trabajadores depende de las recompensas y el reconocimiento. Si no reciben un sueldo y beneficios adecuados, sobre todo cuando existe falta de validación por la labor realizada, incide negativamente en su autoestima. Cuando perciben que trabajan arduamente y sienten que realizan su mejor

esfuerzo, desean ser retroalimentados. En profesiones de servicio, este aspecto es casi inexistente, ya que normalmente, cuando los enfermos acuden a los trabajadores en busca de asistencia y sanan se les da de alta debido a los cuidados otorgados, de inmediato son reemplazados por otros usuarios, no hay espacio para evidenciar el efecto de su labor y generalmente sienten que no les agradecen suficientemente todo el esfuerzo desplegado.

4. **Agentes o elementos de la comunidad:** se ha observado que cuando la continua interacción que existe entre los miembros de un equipo de trabajo se ve afectada por conflictos no resueltos, falta de apoyo y confianza, ocurre un quiebre que hace difícil el trabajo y se asocia a elevados niveles de estrés.
5. **Equidad:** cuando el trabajador percibe que no existe imparcialidad y que el ambiente es injusto y carente de paridad se desencadena el cinismo, siendo esta situación probablemente su mejor predictor.
6. **Valores:** si los trabajadores experimentan un conflicto entre sus valores y los de la organización, aumenta el riesgo, puesto que se ven obligados a realizar acciones que van en contra de sus convicciones, provocándoles un desajuste interno.

El Síndrome de Burnout se considera “contagioso”, ya que se ha logrado identificar grupos de individuos que comparten y acrecientan las manifestaciones transformando el problema en un círculo vicioso. Constituye la última fase del estrés crónico, que no desaparece con el descanso y reposo. Se caracteriza por la desmotivación emocional y cognitiva; es de generación insidiosa y evolución lenta, dando como resultado un rechazo al trabajo diario (21).

En 1993, algunos autores afirmaron que su etiología dependía de la naturaleza del trabajo y los factores estresores presentes. De ahí que es importante realizar investigaciones específicas en cada entorno laboral (42).

Es importante identificar las causas concretas que causan el Burnout, ya que diariamente se percibe que el personal que trabaja en el Hospital Intercultural del Sur de Chile se aqueja de esta situación. Siempre existen factores personales que influyen para padecer el Síndrome y que depende de intervenciones individuales para evitarlo, sin embargo el

entorno organizacional es un tema de abordaje de la Institución y que debe actuar con cambios específicos con el fin de proteger a sus empleados.

3.2.5.- Consecuencias

El Síndrome de Burnout predice una serie de consecuencias negativas a nivel personal (físico y psicológico), profesional (en relación a la organización) y socio-familiar (relaciones interpersonales negativas) (43).

Dentro de los síntomas físicos los más recurrentes son cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas de sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales, entre otros (44). Las manifestaciones emocionales y psicológicas más frecuentes son sentimientos de culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, incompetencia y autovaloración negativa (45, 46).

En el ámbito laboral las consecuencias descritas son violación de las normas de la organización, retrasos, descansos alargados, excesivo ausentismo, comunicación deficiente, depreciación en rendimiento, falta de compromiso laboral y de concentración, baja atención de calidad, entre otros (43, 47). También se señala insatisfacción, abandono de la organización y menoscabo de la calidad del servicio. El óptimo progreso laboral se ve influido negativamente por el ausentismo en el trabajo y el deterioro de la atención a los usuarios. Una consecuencia decisiva para la organización es el detrimento de la calidad de la ejecución profesional lo que afecta directamente a los receptores del trabajo. Estudios, aseguran que en los Estados Unidos los costos del ausentismo debido al estrés en el trabajo pueden llegar a representar hasta el 60% de todos los costos de las enfermedades (43).

También se ha mencionado consecuencias en las relaciones interpersonales negativas, tanto sociales como familiares, en las que se destaca el cinismo, desprecio,

comportamientos agresivos, actitud defensiva y abuso de sustancias, aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores, entre otros (48).

3.2.6.- Taxonomía de modelos explicativos del Burnout

La necesidad de entender el Síndrome de Burnout ha llevado a los investigadores a proponer diferentes teorías que intentan explicar el fenómeno. Existen diversos modelos explicativos y aunque los primeros provinieron desde la teoría psicoanalítica, se puede indicar que los principales se encuentran en la Psicología Social (49).

Se pueden clasificar en tres grupos de teorías: socio cognitiva del yo, del intercambio social y organizacional (50), las que se detallan a continuación:

- 1. Teoría socio cognitiva del yo:** existe una serie de procesos de asociación mediante las representaciones simbólicas que se traducen en acciones adecuadas. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. También suponen que la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determina la perseverancia para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también establece ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción (25).

Se consideran los modelos de: Harrison, Charniss y el de Thompson, Page y Cooper. El primero el más representativo, el cual señala que la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso, ya que la mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para auxiliar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación, junto con la presencia de factores de ayuda o de barrera, determinan la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación, sumados a la presencia de éstos elementos, aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los de barrera dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los

sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, dan lugar al origen del Síndrome de Burnout (51).

2. **Teorías del intercambio social:** proponen que el Síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando perciben que aportan más que lo que reciben y no son capaces de resolver problemas, desarrollan sentimiento de quemarse por el trabajo. Se pueden mencionar: el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli y el de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy.

Para Buunk y Schaufeli, el Síndrome de Burnout tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. En el primero se identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. En tanto los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del Síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del Burnout los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio (profesionales que adoptan los síntomas que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo y por la orientación en el intercambio (49, 50).

3. **Teoría organizacional:** pone énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización (estructura y clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc.) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Se pueden mencionar los modelos de Golembiewski, Munzenrider y

Carter; de Cox, Kuk y Leiter y el de Winnubst. Éste último resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del Síndrome. En las burocracias profesionalizadas, Hospitales y Centros de Salud, el Burnout está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales (49).

Las tres teorías antes mencionadas tienen una relación muy estrecha con la investigación propuesta que se refleja en los dos instrumentos utilizados y el ítem sociodemográfico. Este último y el MBI-GS muestran la teoría socio cognitiva del yo desde la perspectiva que cada persona tiene distintas capacidades emocionales y reacciones ante algún estímulo estresor, lo mismo que se evalúa cuando se consulta “trabajar todo el día representa una verdadera tensión para mí” y/o “me siento desgastada/o al final de la jornada laboral”. Dentro del Intercambio social, se menciona las relaciones interpersonales como son los compañeros del trabajo que puede influir positiva o negativamente, tal cual se establece en el instrumento AWS en el sub ítem de comunidad, por lo que se entiende que puede ser un factor desencadenante de Burnout. Por último, la teoría organizacional expresa la importancia de evaluar los estresores del contexto de la organización, lo cual concuerda con la “carga de trabajo”, “recompensa”, “justicia” y “valores” que se analiza en las áreas de la vida laboral.

3.2.7.- Instrumentos de medición

La importancia de los instrumentos de medición radica en conocer de forma cuantitativa algunos comportamientos, en este caso el Burnout, ya que “lo que no se mide no se conoce” (52).

A lo largo de la historia han surgido muchas escalas para la evaluación del Síndrome de Burnout, comenzando desde el año 1980 con el “Staff Burnout Scale” de Jones que busca medir aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos (50).

Más adelante, en 1982 se crea el Inventario de Burnout de Maslach. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras (48). Hasta el momento, el instrumento ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las “profesiones no asistenciales” y se ha sustituido el término despersonalización por “cinismo” (53).

La escala ha sido utilizado en un sin número de estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral, además existen tres versiones de este instrumento, ha sido validado además en diferentes países (28) y en idioma español se cuenta por ejemplo validado en España (25) y en Chile (54).

Se podría afirmar que a partir de la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI) se normaliza el concepto de “quemarse por el trabajo”, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualiza como un Síndrome caracterizado por baja eficacia profesional en el trabajo, altos niveles de desgaste emocional y de cinismo. En la actualidad existen tres versiones del MBI, todas auto aplicadas (48, 55).

El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica, que está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (50).

El MBI-Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las sub-escalas (55).

El MBI-General Survey (MBI-GS), es la nueva versión del MBI, presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan Ineficacia Profesional (seis ítems), Desgaste Emocional (cinco ítems) y Cinismo (cinco ítems) (55).

Los 16 ítems se valoran con una escala tipo Likert en la que los individuos puntúan con un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (6), con qué frecuencia han experimentado cada una de las situaciones descritas en los ítems (54). Las puntuaciones 5 y 6 corresponden a Burnout alto, mientras que 0 y 1 serán bajo y las restantes corresponden a medio.

Mientras que en las sub escalas de Desgaste Emocional y Cinismo altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo, en la sub escala de Ineficacia Profesional bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo. Además, esta sub escala es independiente de las otras dos, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la Ineficacia Profesional sea un constructo opuesto al Desgaste Emocional y Cinismo (56).

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 33 y el 66 en la categoría “medio”, y por debajo del percentil 33 en la categoría “bajo”. De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Cinismo, y “bajo” para Eficacia Profesional puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de estar quemado (56).

3.3 Teoría de la Disciplina: Sor Callista Roy “Modelo de Adaptación”

La Enfermería se ha desarrollado históricamente como una profesión de ayuda que a lo largo del tiempo ha ido evolucionando a través de investigaciones, de sus modelos y teorías que han generado conocimientos para facilitar la práctica. El quehacer profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente, y son estos modelos los que guían el pensamiento y la acción de la Enfermera/o para procesar datos, evaluar los indicios y decidir la acción en el ámbito laboral. Lo anterior, muestra una perspectiva para observar fenómenos específicos, como es el Síndrome de Burnout en los profesionales y señalan marcos para el pensamiento crítico y la toma de decisiones (57).

Se ha identificado para este estudio, el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy debido a la semejanza de sus conceptos con los del Síndrome de Burnout, ya que se centra en el concepto de adaptación de la persona y las respuestas que tiene en su capacidad de adaptarse, las cuales pueden ser eficaces o ineficaces, que son las que amenazan los objetivos de adaptación, provocando un desequilibrio en la función fisiológica, en el autoconcepto, en la función del rol e interdependencia, induciendo una situación de estrés que en el ámbito profesional se denomina Síndrome de Burnout (57).

En el origen del Modelo se puede identificar la mención que se hace del trabajo de Harry Helson sobre Psicofísica, que abarca desde las Ciencias Sociales hasta las de la conducta humana. Helson desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy redefinió en el campo de la Enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. En la Teoría de Adaptación de Helson, las respuestas son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación, por lo que el estímulo es un factor que provoca una respuesta (58). El autor, desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provoca una respuesta positiva o negativa, según su Teoría, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno (57).

Callista combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que se centra en la adaptación de la persona. También consideró la Teoría General de Sistemas la que afirma que las propiedades no pueden describirse significativamente en término de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus subsistemas (57), lo cual ayuda a entender de mejor manera, el cómo se logra la adaptación ó que elementos interfieren.

Para comprender el proceso de adaptación desde el ámbito de la Enfermería, es necesario conocer el metaparadigma, que es un conjunto de conceptos generales que identifican los fenómenos particulares, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados Enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia de Enfermería. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y Enfermería (59). Roy, lo define de la siguiente manera (57):

- 1) **Enfermería:** *“profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir. Da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La Enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación”. Como ciencia es “un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud”. Como disciplina práctica “es el cuerpo científico del saber de la Enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva”. El objetivo de las Enfermeras/os es “mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad”(57).*
- 2) **Persona:** son sistemas holísticos y adaptables. *“Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a*

las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general". "Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno" (57).

- 3) **Salud:** *"es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno" (57).*
- 4) **Entorno:** *es el conjunto de "todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales" (57).*

Los conceptos del metaparadigma que plantea la autora, permite recordar las principales área que evalúa la escala MBI-GS en razón que el entorno laboral influye para padecer el Burnout, el significado de persona de Callista incorpora a la familia y la sociedad lo que se puede traducir en factor protector o de riesgo del Síndrome, la salud es la adaptación de la persona y la Enfermería, da principal importancia a la promoción de la salud y a mejorar el nivel de adaptación del individuo con su entorno. Cuando se habla de Burnout, se hace referencia al equilibrio que debe existir entre el individuo y su entorno laboral y familiar para que no presente el Síndrome.

Roy menciona la desvalorización del Autoconcepto (58), lo que se relaciona con el Burnout que plantea que el Síndrome se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, que se manifiesta en un bajo rendimiento laboral (respuestas ineficaces) y por baja realización personal.

El Modelo de Adaptación señala cuatro modos que ayudan a controlar el entorno para dar respuestas eficaces (57), debido a que existen elementos en el ambiente laboral que no van a cambiar nunca por razón de la cultura organizacional ya impuesta (60). A continuación se identifican:

1. **Modo Fisiológico y Físico de Adaptación:** el fisiológico está relacionado *“con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos”* (57). La necesidad básica es la integridad fisiológica, entre ellos: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección (57). El físico es *“la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas”*(57),correspondiendo la integridad operativa a la necesidad básica.

Las consecuencias del Síndrome de Burnout se ven manifestadas en este modo de adaptación, ya que si no está en armonía se produce un quiebre, lo que deriva en molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas de sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, entre otros (44).

2. **Modo de Adaptación del Autoconcepto de Grupo:** *“se centra en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, es la integridad física y espiritual, o la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”* (57). Refleja *“cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno”* (57), se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que tiene del grupo, el entorno social y la cultura, siendo la necesidad básica la integridad de la identidad. Sus componentes son: el yo físico (sensaciones y aspecto del cuerpo) y el yo de la persona (constancia, valores o expectativas, moral, ética y la espiritualidad del ser) (57).

Maslach plantea que si existe Burnout, éste se ve reflejado en una baja realización personal en el trabajo, que tiene concordancia con lo planteado por el Modelo en razón que la persona tiende a evaluarse negativamente y posee dificultades para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

- 3. Modo de Adaptación de Función de Rol:** *“se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición”* (58). La necesidad básica es la integridad social: *“saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”* (57).

Cada integrante del equipo de salud tiene un rol específico dentro del grupo de trabajo, sin embargo una persona tiene distintos roles en la sociedad (61). El primario, determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene un individuo en un periodo particular de su vida, por ejemplo: una mujer adulta con hijos. El secundario son los que asume el ser humano para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo, ejemplo: ser esposa, madre y/o Enfermera/o. El terciario representa las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel conlleva y generalmente están de forma provisoria, por ejemplo: ser presidente de curso. Por tal motivo, la presente investigación indaga sobre aspectos sociodemográficos de cada miembro del equipo de salud, debido a que está comprobado científicamente que ciertos aspectos de la vida personal, por ejemplo: el tener hijos y pareja estable, entre otros, es un factor protector de padecer Síndrome de Burnout (62).

- 4. Modo de Adaptación de la Interdependencia:** se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (57).

En el ámbito de las relaciones, se puede hacer referencia al MBI-GS que evalúa el área de interdependencia, específicamente en la pregunta número trece donde señala “sólo quiero hacer mi trabajo sin ser molestado” esto refleja que no existe una

adaptación en el modo de relacionarse, ya que la persona prefiere trabajar individualmente lo que afecta muy negativamente al equipo de salud.

El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. En este proceso vital integrado actúan de forma transversal los mecanismos innatos de afrontamiento y los adquiridos (58).

El Modelo plantea que la persona siempre esta recibiendo estímulos del entorno, que pueden ser focales, contextuales y residuales, que son los desencadenantes del estrés profesional. El individuo tiene mecanismos de afrontamiento lo cual producen modos de adaptación que entregan respuestas eficaces o ineficaces (57).

La persona reacciona ante el estímulo, lo percibe enlazando el regulador con el relacionador, produce efecto en los cuatro modos de adaptación y concluye a través de respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio) ó en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema (58).

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas) (57).

El Modelo tiene similitud en distintas afirmaciones que plantea el instrumento MBI-GS. El estímulo focal, se puede apreciar en la pregunta número cinco en el cual se señala *“puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo”*, lo que respresenta el estímulo externo o interno más inmediato al que se enfrenta el ser humano. Luego de recibir este estímulo se produce un proceso de afrontamiento, en el cual entra en juego el subsistema relacionador realizando un juicio personal, que se aprecia en la pregunta número dieciseis *“En mi trabajo, me siento segura/o de que soy eficaz para hacer las*

cosas". Los efectores corresponden al nivel de adaptación alcanzado con el fin de cubrir las necesidades humanas, donde se encuentra el modo de adaptación de función del rol que se describe como el conjunto de expectativas que se tiene del comportamiento de una persona, que se ve reflejado en la pregunta siete en la cual se afirma "*siento que estoy haciendo una contribución efectiva a lo que esta organización hace*". Se plantea si la persona está respondiendo al rol que tiene dentro de su institución y esto se define como modo de adaptación en función del rol. Al finalizar todos estos procesos, se podrá concluir si la persona tiene respuestas ineficaces o eficaces lo que se traducirá en un alto o bajo sentimiento de burnout (54, 57).

En el siguiente cuadro, a modo de resumen, se visualiza que el sistema de adaptación según Roy, es un proceso continuo que se retroalimenta constantemente (57):



Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de Enfermería, como parte del rol asistencial (57):

1. *"Valoración de las conductas.*
2. *Estímulos que afectan a esas conductas.*
3. *Elaboración de un diagnóstico de Enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.*
4. *Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.*

5. *Intervenciones de Enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).*
6. *Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud)".*

Cabe destacar que el Modelo ha desarrollado un sin número de investigaciones, sin embargo en el ámbito del Burnout no existen aún, de ahí la relevancia de este estudio al relacionar todos los aspectos de la adaptación con el Síndrome, lo cual aporta de manera significativa a la investigación en Enfermería y fortalece el Modelo elaborado por Roy.

3.4 Teoría del Estrés: Richard Stanley Lazarus

El trabajo constituye una de las fuentes más valiosas para los seres humanos, otorgando bienestar psicológico y social (63), sin embargo estar sometido a algún grado de estrés en el ambiente laboral es probablemente inevitable (64). El afrontamiento del estrés juega un rol fundamental en cada trabajador ya que esta situación puede evolucionar a padecer Burnout. En este contexto surge la necesidad de conocer la Teoría del Estrés.

En el ámbito de la Psicología ha habido autores que han considerado al estrés como un estímulo, otros, como respuesta e incluso como interacción entre el sujeto y el medio. Actualmente todos coinciden en que es un proceso amplio, complejo y dinámico y atribuyen al estrés los llamados *trastornos psicofisiológicos* o tradicionalmente llamados trastornos psicosomáticos (65, 66).

Las teorías que se centran en la relación específica entre las demandas externas (estresores) y los procesos corporales (el estrés) pueden agruparse en dos categorías diferentes con enfoque de "estrés sistémico", basado en la fisiología y la psicobiología desarrollada por Selye, de "estrés psicológico", aplicado en el campo de la psicología cognitiva, elaborado principalmente por Lazarus y Folkman en 1984 (67).

Lazarus y Folkman definen el estrés como una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que resultan amenazantes y movilizan recursos psicológicos y fisiológicos para afrontarlas. Es un concepto organizador; el individuo lo enfrenta a través del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica y depende de fuerzas conscientes que se configuran como producto de una apreciación intuitiva de las demandas, los recursos y los resultados predecibles de la interacción con el medio, de acuerdo con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias, una relación particular entre el individuo y su entorno, lo agravante y disponible, y que pone en peligro su bienestar (68).

Los autores proponen tres conceptos fundamentales:

1. **Interacción individuo-ambiente:** cada individuo está determinado por una estructura biológica única, además influyen los estratos sociales y las historias o experiencias de vida. También el sistema social influye en la constitución individual como son los valores, compromisos y creencias (69). En el ámbito del Burnout, se puede mencionar que es la organización, quien interviene en distintos aspectos del individuo. Se puede apreciar en el instrumento AWS, cómo repercuten la carga de trabajo, los valores, la justicia, el control, la recompensa y la comunidad en el trabajador, ya sea de forma negativa o positiva.

Las demandas que recibe el individuo pueden proceder del ambiente físico que le rodea como, por ejemplo, el frío y el calor extremos, pero mayormente procederán del ambiente social en el que está más inmerso (70). El ajuste entre el individuo y el entorno cambia de manera constante, de un momento a otro y de una ocasión a otra, dadas las múltiples formas de influencia social. *“La concordancia nunca es perfecta, puesto que la estructura social no es estática, ni lo es la forma en que se experimenta y se afronta psicológicamente”* (69).

Los sistemas sociales actúan sobre el individuo creando demandas y proporcionando los recursos que puede y debe utilizar para sobrevivir. *“A su vez, un sistema social que no sirva para que el individuo se adapte está condenado al fracaso. La aptitud del individuo para enfrentar las demandas depende de los recursos culturales”* (69).

2. **Evaluación:** este concepto se basa en la idea de que los procesos emocionales dependen de las expectativas reales que las personas manifiestan en relación con el significado y el resultado de un encuentro específico, determinada por factores personales y situacionales (67). Dentro de los factores personales se encuentra el compromiso y las creencias. El primero se relaciona con las expresiones de aquello que es importante para las personas y lo que determina sus decisiones en conjunto con las alternativas que elige para conservar sus ideas y/o conseguir determinados objetivos, tiene que ver con algo o con alguien, por lo tanto, depende de una relación específica entre el individuo y el entorno. El segundo, por su parte, son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, son nociones pre-existenciales de la realidad, que sirven de lente perceptual, establecen la realidad de cómo son las cosas respecto al entorno, modelando el entendimiento de su significado (68).

Los factores situacionales son propios del ambiente y el entorno social del individuo. Se cree que el apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos (71). Cabe mencionar que tanto los factores personales como situacionales han de ser considerados de forma combinada, ya que ambos tienden a generar o disminuir el estrés en una situación dada (71).

La evaluación propiamente tal del estrés, distingue dos tipos de evaluación cognitiva:

- **Primaria:** se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si el hecho es positivo o no, si es relevante y sus consecuencias, en definitiva, responder al cuestionamiento ¿qué significa esto para mí? (66). El individuo evalúa la situación de cuatro formas diferentes (72):
 - **Daño o pérdida:** se refiere a aquellos casos en que una persona ha recibido un perjuicio, daño o deterioro.

- **Amenaza:** está relacionada en los que se preveen daños o pérdidas, aunque éstos no han ocurrido y se puede tratar de solucionarlos o afrontarlos de manera anticipada.
 - **Desafío:** implica la revisión anticipada tal como la amenaza, pero a diferencia de ésta se acompaña de la valoración de la existencia de fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias.
 - **Valoración del beneficio:** aquella que no genera reacciones de estrés.
- **Secundaria:** se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no tendrá éxito a la hora de abordar el estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social y material. Con esta evaluación la persona toma conciencia de las diferencias que existen entre sus estrategias, capacidades personales de afrontamiento y las habilidades para afrontar lo que exige la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Cuando las personas consideran que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés (64, 65).

La evaluación primaria, se puede ver reflejada en el MBI-GS en donde las preguntas del desgaste emocional pueden ser un daño o una amenaza respecto al trabajo realizado; en cuanto a la secundaria el apoyo social y material es relevante para afrontar el estrés y si se asocia al presente estudio, se percibe que el instrumento AWS contiene estos parámetros, como es la carga laboral y la recompensa como tipos de apoyo.

La evaluación propuesta es fundamental, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles son los que tienen impacto sobre la salud. Finalmente en la selección de las respuestas, el

organismo determina aquellas posibles a las demandas percibidas y decide cuáles debe utilizar, estructurando el tercer componente de la teoría; el afrontamiento propiamente tal (65).

3. **Afrontamiento:** lo definen, como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*, que determinan las estrategias de coping; luchar, competir, enfrentar, administrar demandas de la relación persona/ambiente (73). Son procesos elaborados a través de la valoración del entorno, de experiencias anteriores de individuo y de su madurez psíquica, utilizados ante condiciones que causan la ruptura de su homeostasis interna exigiéndole una adaptación, externa o interna, con caracteres físicos, cognitivos y/o emocionales; afrontamiento dirigido al problema y centrado en la emoción (74):

- **Dirigido al problema:** busca definir el problema y la búsqueda de información o asesoramiento de otras personas significativas, la ejecución de acciones resolutorias y el desarrollo de planes, gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción (75).
- **Centrado en la emoción:** intenta regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación, se asocia a la aceptación y resignación ante la imposibilidad de provocar cambios, el control efectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida, incluyendo estrategias de evitación, descarga emocional, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos respecto a los acontecimientos negativos (68).

Los tipos de afrontamiento mencionados anteriormente pertenecen a las distintas formas en que las personas actúan frente a determinados problemas. Los autores, plantean diferentes estrategias para poder enfrentar una situación estresante, a las que denominan “recursos de afrontamiento”, distinguiendo los físicos, que son propiedad del individuo, relacionados a la energía y la salud propiamente tal, los psicológicos de acuerdo a las creencias positivas, y

los sociales y materiales como las técnicas resolución de problemas, el apoyo social y los ambientales (75).

La salud y la energía facilitan el afrontamiento, las creencias positivas pueden ser alentadoras por la convicción de que la situación puede ser controlable, las técnicas sociales constituyen la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma adecuada y efectiva, facilitando la resolución de problemas mediante coordinación con otras personas aumentando el apoyo y cooperación, así también, la utilización de habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar alternativas, predecir opciones útiles y elegir un plan de acción apropiado, son fundamentales para lo cual deriva de experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivas para aplicar ésta información y capacidades de autocontrol (75).

Los modos de afrontamiento que tienen menor control sobre la emoción son utilizados generalmente en situaciones que el sujeto valora como amenazantes, lesivas, desafiantes y sin posibilidad de modificación, mientras que el focalizado en el problema conduciría a un mejor ajuste y adaptación ante los estresores de la vida y a experimentar menos síntomas psicológicos (75).

En el afrontamiento dirigido al problema, se mencionan los aspectos ambientales-organizativos y personales. En el primero se reconoce el trabajo real en equipo como una fuente de apoyo, como también el acompañamiento a profesionales jóvenes, un buen ambiente de trabajo donde se desarrollen valores como la solidaridad, flexibilidad y competencia; el segundo plantea un autocuidado para reducir el estrés, autoestima, intereses fuera del trabajo y habilidades para la comunicación, entre otros (64).

Los autores plantean diferentes estrategias de afrontamiento para combatir una situación estresante y que llevado al ámbito laboral, se habla de Burnout. Al relacionar con el MBI-GS los aspectos de “me siento agotada/o emocionalmente por mi trabajo”, “me siento desgastada/o al final de la jornada laboral”, “me siento acaba/o por mi trabajo” permite al individuo auto-evaluarse en el ámbito emocional. En las estrategias dirigidas al problema se

puede evaluar cuánto apoyo se está recibiendo de la Institución en la que se labora, valorando aspectos del AWS con énfasis en la sección de comunidad como son “las personas confían entre si para cumplir sus funciones”, “soy miembro de un grupo de trabajo que me apoya”, “los miembros de mi grupo de trabajo se comunican abiertamente”. Al contemplar estas dos escalas se puede determinar los distintos tipos de evaluación y los mecanismos que posee el personal del Hospital Intercultural del Sur de Chile para enfrentarlo.

IV.- MARCO EMPÍRICO

En la revisión bibliográfica sobre el tema motivo de este estudio, se ha recurrido a trabajos realizados en diferentes países, lo que otorga un marco general para el análisis de los resultados. Cabe señalar que en el ámbito del Burnout existen muchas investigaciones al respecto, sobre todo en profesionales del área de la salud, sin embargo si se contempla al equipo multiprofesional por completo, se reduce el número de publicaciones, más aún los que incluyen áreas de la vida laboral.

Se realizó una búsqueda avanzada en PUBMED, utilizando las palabras claves “Burnout”, “job stress” y “emotional exhaustion” por separado. Luego se incorporó el operador booleano “OR” y los filtros de: texto libre completo, publicaciones de 5 años anteriores y en seres humanos. Para complementar se ingresó al portal Scielo, utilizando los mismos parámetros, con los cuales se pudo llegar a investigaciones realizadas en Chile. A continuación se muestran los siguientes estudios.

Con el objetivo de identificar el Síndrome de Burnout y las variables asociadas con este trastorno, un estudio descriptivo realizado en Sao Paulo-Brasil en el año 2010 en dieciséis Centros de Salud Familiar de Santa María (RS) en una muestra constituida por 86 trabajadores (86,3% Médicos, Enfermeras/os, Dentistas y Asistentes Dentales y 30,2% sanitarios de la comunidad), quienes respondieron el cuestionario Maslach Burnout Inventory arrojó que la edad media fue de $36,94 \pm 9,3$ años, con un predominio del sexo femenino (84,9%). La mayoría tiene una pareja (68,2%), hijos (69,4%), trabajan en promedio $3,38 \pm 1,9$ años y el equipo no realizaba actividades físicas (62,8%). Se identificaron seis trabajadores (6,9%) con el síndrome de agotamiento, que tenía asociación estadísticamente significativa ($p= 0,034$) con la edad joven. El más joven tenía las puntuaciones más altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización (76).

En otro estudio transversal, realizado en países de habla hispana en el año 2007, la participación fue de un: 65,1% Argentina; 9,8% México; 5,1% Ecuador; 4,3% Perú; 2,9% Colombia; 2,6% Uruguay; 1,7% Guatemala; 1,5% España; 1,0% El Salvador; 5,9% otros países. El objetivo fue comparar la prevalencia de Burnout y explorar su asociación con características sociodemográficas, se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory a 11.530 profesionales de la salud de los países nombrados con anterioridad (85,4% Médicos Generales y de Especialidades; 4% Enfermeras/os; 2,3% Dentistas; 2% Psicólogos/as; 1,3% Nutricionistas; 5% otros profesionales). Los resultados arrojaron que la edad media fue de $41,7 \pm 10,8$, con un predominio del sexo masculino (51%) y la mayoría casados o con pareja (66,2%). La mayor prevalencia de Burnout fue en los profesionales de España (14,9%), Argentina (14,4%) y Uruguay (7,9%). Los Médicos y Enfermeras/os tuvieron los más altos puntajes (12,1% y 7,2% respectivamente), en tanto los Odontólogos, Psicólogos y Nutricionistas presentaron cifras inferiores al 6%. Fueron variables protectoras la mayor edad ($OR=0,96$), tener hijos ($OR=0,93$), la percepción de sentirse valorado ($OR=0,53$), el optimismo ($OR=0,80$), la satisfacción profesional ($OR=0,80$) y la valoración económica ($OR=0,91$) (62).

En el 2010 en Sao Paulo-Brasil, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar la aparición del Síndrome de Burnout en un equipo multidisciplinario de 37 residentes de distintas Carreras (Enfermería, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Odontología, Terapia Física y Ocupacional), utilizando el cuestionario MBI-HSS. El predominio fue de sexo femenino (83,8%) de edades entre 25-29 años (51,35%). Se encontró Burnout alto para agotamiento emocional (37,8%), despersonalización (43,4%) y realización profesional (48,7%). Se concluyó que las personas jóvenes son más propensas a padecer el Síndrome (77).

Con el objetivo de identificar la incidencia del Síndrome de Burnout y evaluar su relación con aspectos laborales, se realizó un estudio descriptivo en dos Hospitales de Brasil en el año 2012. La muestra estuvo constituida por 141 trabajadores de Enfermería (21,3% Enfermeros/as; 61,7% Técnico en Enfermería; 17% Auxiliar de Enfermería), quienes respondieron el cuestionario MBI. El 84,2% fue sexo femenino, el 58,2% casados, el

75,9% con hijos y el 73,1% cuyas edades eran entre 20-40 años. Se identificaron 13 personas con el Síndrome (9,3%). Los factores de riesgos están dados por los funcionarios que: trabajan basado en el salario diario, laboran 30 horas semanales, tienen doble empleo, están recientemente egresados, tienen menos tiempo de trabajo en la Unidad y se ocupan de áreas administrativas (78).

Es interesante mencionar un estudio analítico, observacional y transversal realizado en el Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala en el año 2011, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del Burnout y sus posibles relaciones con el tipo de trabajo. La muestra estuvo constituida por 98 trabajadores divididos en 2 grupos; el A con responsabilidad directa de los pacientes (Médicos, Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería) y el B personal administrativo, de seguridad e intendencia; aplicando el MBI-HSS para el primer grupo y el MBI-GS para el segundo. El predominio fue de sexo femenino (51,1%), casados (69,4%) siendo el promedio de edad de 38,9 años. Se destaca que un 12,2% presentaba el Síndrome, siendo mayoritario en el grupo B con un 15,8%, también señala que el personal con menos años y menor tiempo laboral tienen mayor prevalencia (79).

Resultados de otro estudio analítico, realizado en México en el año 2013, para identificar la prevalencia de estrés laboral, Síndrome de Burnout y Engagement y su relación con determinados factores laborales, donde se utilizó un cuestionario con cinco apartados (los dos primeros con variables sociodemográficas; el tercero la Escala de Estrés Laboral Organizacional; la cuarta el MBI-GS y el último el Engagement en el Trabajo de Utrecht (UWES), se encontró que en relación al Síndrome evaluado por el MBI-GS, el 3.2% tuvo Burnout moderado y el 35.8% leve, identificando a un 13.2% en áreas de UCI y Urgencias en comparación con los otros Servicios que presentaron un 33.3% con algún grado de afectación ($p = 0,019$). En cuanto a la antigüedad laboral, el personal con menos años de experiencia tiene mayor prevalencia (80).

Una investigación observacional, descriptiva y transversal realizada en el Centro de Salud Dr. Gerardo Varela Mariscal de México en el año 2014, cuyo objetivo fue determinar la

prevalencia de Burnout en 53 trabajadores (15,1% Médicos; 28,3% Enfermeras/os; 22,6% Técnicos; 34% Administrativos), mediante el instrumento MBI-GS, evidenció que la edad promedio fue de $44,6 \pm 11,6$ años, con un predominio de sexo femenino (64,2%), casados (69,8%), observándose un 22.5% de Burnout alto y muy alto para “cinismo”; 20.6% en las mismas categorías para “ineficiencia personal” y 24.4% para “agotamiento”. Sólo se encontró correlación con significancia entre “ineficacia laboral” y la variable “relación de pareja” ($p=0.036$), así como “sensación de exigencia” y “agotamiento laboral” ($p=0.012$) (81).

Otra investigación descriptiva cuyo objetivo fue determinar el Síndrome de desgaste profesional en 107 Médicos Pediatras, del Hospital de Niños “J. Vilela del Rosario”, mediante el cuestionario MBI-HSS, utilizando análisis bivariado y multivariado, evidenció un $30,60 \pm 10,98$ para “cansancio emocional”, $0,51 \pm 5,95$ “despersonalización” y $35,76 \pm 7,32$ para “realización personal”. A raíz de estos datos se puede mencionar que presentaron altos valores de “cansancio emocional” y “despersonalización” lo que se traduce en padecer el Síndrome, sin embargo la “realización personal” fue intermedia. Mientras más años de desempeño laboral menor es el Burnout, por lo que se puede mencionar como un factor protector. No se logró demostrar que existiera mayor cansancio laboral en las áreas críticas (82). Cabe señalar que la edad promedio fue de $37,4 \pm 9,6$ años, predominando el sexo femenino (72%), solteros (52%) y casados (48%).

A nivel nacional, con el objetivo de establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con variables epidemiológicas de riesgo, se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Roberto del Río en el año 2004. La muestra la conformaron 250 profesionales de la salud (Auxiliares Paramédicos, Médicos, Enfermeras, Médicos Becados, Kinesiólogos, Nutricionistas y Tecnólogos Médicos) quienes respondieron el cuestionario “actitudes ante el trabajo” diseñado a partir del MBI. El predominio fue de sexo femenino (80%) y el 50% con más de 40 años. En los resultados se encontró que el 31% padece el Síndrome, el 38% es proclive y el 31% sin Burnout. En cuanto a la profesión, el porcentaje más alto fue para Enfermeras/os, lo que no constituye una diferencia significativa con las demás profesiones; en relación al Servicio hubo mayor prevalencia en Medicina y menor en UCI lo que fue

estadísticamente significativo; las horas de trabajo aumentan en forma directamente proporcional llegando al 83% en los trabajadores que trabajan más de 60 horas y siendo todas las profesiones altamente sintomáticas (83).

A su vez, otro estudio descriptivo realizado en Centros Asistenciales de la Octava Región de Chile en el año 2008, cuyo objetivo fue determinar la presencia de Burnout y su probable relación con factores sociales y laborales en 91 Enfermeros/as (62,6% de Unidades de Emergencias y 37,4% de SAMU) mediante el cuestionario MBI, evidenció que el 82,9% tenían edades entre 20-40 años, el 58,3% eran solteros y el 43,2% entre 1 a 5 años de vida laboral, las variables sociodemográficas tienen poco impacto en la presentación del Síndrome salvo la edad, ya que los profesionales de mayor edad mostraron una tendencia a presentar niveles más elevados de “cansancio emocional”. También vivir en pareja, puesto que los solteros tuvieron mayor tendencia a la baja “realización personal” y tanto ellos como los casados mostraron mayores puntajes en “despersonalización”, que viudos y separados. El nivel de Burnout reportado fue intermedio, ya que existió presencia de éste en las subescalas de “cansancio emocional” y “despersonalización”, lo que genera en forma inversa un nivel poco óptimo de “realización profesional”. Lo que repercutió en la presencia del Síndrome fue la realización de un sistema de 4º turno modificado; que obliga al profesional a efectuar horas extra, así también la falta de recursos para efectuar el trabajo, ya que son insuficientes y afecta de manera negativa el rendimiento adecuado de las funciones del Enfermero/a (38).

Con el objetivo de identificar la relación entre la fatiga laboral y el Síndrome de Burnout, se realizó un estudio transversal, de correlación y explicativo en dos Hospitales del Sur de Chile en el año 2014. La muestra estuvo conformada por 343 miembros del equipo de Enfermería (29,4% Enfermeras/os, 68,5% Técnicos Paramédicos y un 2% que no respondió su título) correspondientes a 24 Servicios Clínicos, quienes respondieron un cuestionario que constaba de tres instrumentos: el primero de datos sociodemográficos y laborales (incluyendo la escala influencia trabajo familia); las escalas de fatiga “Check List Individual Strength” (CIS); y finalmente el Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS). La edad promedio fue de $41 \pm 11,2$ años, con predominio del sexo femenino

(86%) y también mayoritario el tener pareja puertas adentro (55,8%). En los resultados se evidencia que el “desgaste emocional” y el “cinismo” presentan un nivel de mediano a bajo, siendo un 86.8% y 92.7% respectivamente; en “eficacia profesional” un 93.8% se asocia a un nivel alto. Los Servicios que obtuvieron más altas puntuaciones en desgaste emocional fueron Diálisis, Medicina Adulto, Urología, Cirugía Infantil y Pensionado; en “cinismo” fueron Pensionado y Medicina Adulto; en “eficacia profesional” el menor promedio fue de Pensionado, Esterilización y Psiquiatría. Es necesario destacar que no se encontró una asociación entre el tipo de Servicio y el Síndrome (84).

V.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

5.1 Paradigma de investigación

Para conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en integrantes del equipo de salud de las Unidades de Urgencia, Unidades de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del Sur de Chile durante los meses de Septiembre y Octubre de 2013, se optó por el abordaje cuantitativo, el cual se basa en la idea que existe una realidad objetiva por conocer. Este tipo de investigación adopta una estrategia sistemática, objetiva y rigurosa para generar y refinar el conocimiento (85). Igualmente se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas, estudiando también la asociación o relación entre las que han sido cuantificadas, lo que ayuda aún más en la interpretación de los resultados. A su vez, permite obtener datos medibles y el investigador “hace a un lado” sus propios valores y creencias para evitar sesgos en los resultados debido a la subjetividad (86). Este diseño utiliza el raciocinio deductivo (85), que puede organizar lo que ya se conoce y señalar nuevas relaciones conforme pasa de lo general a lo específico, ofrece recursos para unir la teoría y la observación, además de que permite a los investigadores deducir a partir de la teoría los fenómenos que habrán de observarse, como se menciona en el presente estudio (87).

5.2 Diseño de investigación

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, es decir, describir fenómenos, situaciones y eventos, tal como son, buscando especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, para medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables, utilizando para la recolección de datos instrumentos estandarizados que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos (88). El ser de corte transversal, significa que explora la presencia del Síndrome en una población bien definida, que es el equipo de salud de las Unidades antes descritas y en

un período determinado de tiempo, representando los datos en forma de números que son analizados estadísticamente, empleando en los resultados un tono objetivo, impersonal y no emotivo (88).

5.3 Universo o población objetivo y unidad de análisis

El universo lo constituyen todos los trabajadores de un Hospital Intercultural del sur de Chile. La unidad de análisis se conformo por Médicos Generales y Especialistas, Enfermeras/os, Kinesiólogos/as, Nutricionistas, Técnicos de Nivel Superior, Auxiliares de Servicio que trabajan en las Unidades de Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría del Hospital. En total fueron 135 personas distribuidas de la siguiente forma:

Servicio/ Estamento	Auxiliares	Enfermera/o	TENS	Kinesiólogo (a)	Nutricionista	Med. General	Med. Especialista	Total
Urgencia	4	5	14	1	-	10	-	34
UPC	4	9	14	1	-	-	4	32
Cirugía	1	4	14	1	1	-	3	24
Medicina	-	9	20	1	-	-	-	33
Pediatría	1	1	8	1	1	-	-	12
Total	10	28	70	5	2	10	7	135

5.4 Muestra y criterios de inclusión

La muestra fue no probabilística, constituida por todos los funcionarios que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, correspondiendo a 103 (76,3%):

- Médicos Generales y Especialistas, Enfermeras/os, Kinesiólogos/as, Nutricionistas, Técnicos de Nivel Superior, Auxiliares de Servicio que trabajen en las Unidades de

Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del Sur de Chile.

- Tener más de 1 año de antigüedad en el Hospital.
- Que acepten participar firmando el Formulario Consentimiento Informado (Anexo 1).

5.5 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se efectuó a través de dos instrumentos (Anexo 3) que son las escalas de Maslach Burnout Inventory (MBI) y Aéreas de la Vida Laboral (AWS)(11) y un ítem de datos sociodemográficos (Anexo 2).

La primera indaga sobre datos demográficos en relación a edad, sexo, estado civil, estudio actual, nivel educacional, tipo de contrato, estamento, unidad de trabajo, tiempo de permanencia en el Hospital, años de permanencia en el puesto de trabajo, horario, realización de otro trabajo y si realiza turnos (Anexo 2).

El segundo es el Cuestionario MBI, que fue creado originalmente en 1981 por Maslach y Jackson, con el fin de medir la frecuencia e intensidad del Burnout. Su última versión, enviada por la autora en 2010 se compone de 16 ítems en total, donde se pueden diferenciar cómo se miden las tres dimensiones o factores que conforman el síndrome: “desgaste emocional”, “cinismo” e “ineficacia profesional” (Anexo 2).

La forma de respuesta global del instrumento es en una escala tipo Likert que oscila entre 0 para “nunca” hasta 6 para “diariamente”. La dimensión “desgaste emocional” se conforma por las preguntas 1, 2, 3, 4, y 6 y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad en que se presenta el Síndrome, es decir, a mayor puntuación, mayor nivel de Burnout. La dimensión “cinismo”, está constituida por las preguntas 8, 9, 13, 14 y 15, y su puntuación es también directamente proporcional a la intensidad del Síndrome. Por último, la dimensión “ineficacia profesional” es medida por las preguntas 5, 7, 10, 11, 12 y 16. En

este caso el puntaje es inversamente proporcional a la presencia de Burnout, entonces a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto (56).

La tercera, AWS, consta de un total de 29 preguntas que dan cuenta de las seis áreas identificadas: del 1 al 6 se relacionan con la Carga Laboral; 7 al 9 se refieren al Control; 10 al 13 Recompensa; 14 al 18 Comunidad, 19 al 24 Justicia y 25 al 29 Valores (11) (Anexo 2).

En relación a las ventajas del MBI se puede señalar su gran aceptación a nivel internacional, incluso en gran cantidad de países de América Latina, la Unión Europea y Estados Unidos, lo cual permite comparar resultados de distintas naciones que han usado el mismo instrumento o desarrollar estrategias para prevenir y controlar el Síndrome de Burnout (89).

El MBI ha sido validado en el idioma español, incluso en Chile por Bruzzetti en el año 2005 (90), quien señala que los resultados del estudio dan cuenta de una consistencia interna muy satisfactoria y similar a la que señalan los autores de MBI en 1986. Asimismo se puede afirmar que la traducción al castellano reúne los requisitos suficientes de confiabilidad y validez factorial para ser utilizado en la evaluación del Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios, como los Asistentes Sociales (89). La adaptación a este idioma reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna para ser utilizado en la estimación del Síndrome de Burnout (54).

Fiabilidad del MBI (54)

Preguntas	Alfa de Crombach
1, 2, 3, 4 y 6	0,8473
8, 9, 13, 14 y 15	0,6686
5, 7, 10, 11, 12 y 16	0,4386
5, 7, 11, 12 y 16	0,5168*

**Nota: al no considerar la pregunta 10 la consistencia aumenta*

Fiabilidad del Inventario de Áreas de la Vida Laboral (AWS) (54)

Preguntas	Alfa de Crombach
1, 2, 3, 4, 5 y 6	0,6668
7, 8 y 9	0,5885
10, 11, 12 y 13	0,7988
14,15,16, 17 y 18	0, 7401
19, 20, 21, 22, 23 y 24	0,7464
25, 26, 27, 28 y 29	0,7541

Cabe mencionar que la recolección de datos comenzó la primera semana de septiembre de 2013, luego de la aprobación por el Comité de Ética del Nodo Costero al cual pertenece el Hospital. Con el listado de funcionarios se visitó cada turno identificando a los usuarios que cumplieran con los criterios de inclusión, informándoles sobre el propósito y objetivos del estudio. Se firmó el Formulario de Consentimiento Informado antes de aplicar la encuesta.

5.6 Descripción de variables

Se plantean dos tipos de variables: demográficas (sexo, estamento, situación de pareja, servicio en que trabaja y tipo de contrato) y cuantitativas de la población (edad, años de servicio, años en la institución, años de permanencia en el actual puesto de trabajo, horas de trabajo, horas extra y número de turnos extra). Las concernidas con el Síndrome de Burnout son “desgaste emocional”, “cinismo” y “eficacia profesional” y su relación con las seis áreas de la vida laboral son carga de trabajo, control, recompensa, comunidad o colectividad, justicia y valores.

Definición nominal y operacional de las variables independientes

Variables Independientes	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad en años
Sexo	Variable física, producida biológicamente, con un resultado predeterminado: masculino o femenino.	0 Masculino 1 Femenino
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus	0 Soltero/a

	relaciones defamilia, provenientes delmatrimonioo delparentesco, que establece ciertosderechosydeberes.	1 Casado/a 2 Unión libre 3 Divorciado/a 4 Viudo/a
Estudio Actual	Situación actual del funcionario respecto a su formación.	0 Sí 1 No
Especialización y/o postgrado	Grado de instrucción de la persona.	0 Sí 1 No
Sistema de trabajo	Tipo de relación laboral que tiene respecto a su empleador.	0 Tiempo Completo 1 Medio Tiempo
Profesión u Ocupación actual	Actividad especializada del trabajo dentro de la sociedad.	0 Médico Especialista 1 Médico General 2 Enfermera/o 3 Nutricionista 4 Kinesiólogo 5 TENS 6 Auxiliar de Servicio
Unidad de Trabajo	Espacio físico en el que se desenvuelve el funcionario de salud.	0 Urgencia 1 Cirugía 2 Unidad Pac. Crítico 3 Medicina 4 Pediatría
Tiempo de permanencia	Tiempo en que el funcionario ha ejercido sus funciones en el Hospital.	En años
Tiempo en su puesto actual	Tiempo en que el funcionario ha ejercido sus funciones en su actual puesto de trabajo dentro del Hospital.	En años
Desempeña otro trabajo junto al principal	Poseer un trabajo distinto además de ser funcionario del Hospital.	0 Sí 1 No
Realiza turnos	Forma de organización del trabajo en equipo por la que los funcionarios ocupan sucesivamente los mismos puestos de acuerdo a ritmo determinado, incluídalas rotaciones. Podrá ser continuo o discontinuo, implicando la necesidad de realizarlo en distintas horas a lo largo de un período dado de días o semanas.	0 Sí 1 No

Definición conceptual y operacional de la variable dependiente

Variables Dependientes	Definición conceptual	Definición operacional
Desgaste Emocional	Se define de forma genérica, sin el énfasis en los aspectos emocionales acerca de los "recipientes del propio trabajo".	Sentimiento del funcionario de salud de los Servicios antes descritos, con respecto al agotamiento laboral, estar acabado al final de la jornada, fatiga ante un nuevo día de labor, estrés causado por el quehacer diario y

		sentimiento de estar quemado por la faena.
Cinismo	Refleja la actitud de indiferencia, devaluación y distanciamiento ante el propio trabajo y el valor y significación que se le pueda conceder, representa igualmente una actitud defensiva ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo.	Pérdida del interés laboral, del entusiasmo, prefiere no ser molestado mientras trabaja, cinismo acerca del valor del trabajo y dudas sobre el valor del mismo.
Eficacia Profesional	Capacidad de lograr el fin que se desea o se espera con respecto al ámbito profesional de cada cual.	Creencia de tener capacidad en la resolución de problemas laborales, sentimiento de contribución eficaz en la organización, creencia de ser bueno en su trabajo, sentimiento de realización en éste, pensamiento de haber realizado cosas que valen la pena y por último sentimiento de eficacia en su trabajo.
Áreas de la Vida Laboral (AWS)	Instrumento práctico para medir las percepciones de sus entornos de trabajo de los empleados.	Se han identificado seis dimensiones clave: la carga de trabajo, el control, la recompensa, la justicia, la comunidad y los valores.

Valor final que ocupa la variable

Desgaste Emocional, Cinismo, Eficacia Profesional

Variables	Definición conceptual	Puntuación
Diariamente	Diariamente ha experimentado estos sentimientos	6
Muy frecuentemente	Varias veces por semana ha experimentado estos sentimientos.	5
Frecuentemente	Una vez por semana ha experimentado estos sentimientos.	4
Regularmente	Algunas veces al mes ha experimentado estos sentimientos.	3
De vez en cuando	Una vez al mes o menos ha experimentado estos sentimientos.	2
Esporádicamente	Pocas veces al año o menos ha experimentado estos sentimientos.	1
Nunca	Nunca ha experimentado estos sentimientos.	0

Áreas de la Vida Laboral AWS

Variables	Definición conceptual	Puntuación
Muy de acuerdo	Satisfacción plena, excelencia. Respuesta positiva en relación a la afirmación	5
De acuerdo	Cierto nivel de satisfacción. Respuesta positiva frente a la afirmación	4
Complicado decidir	Valor de indiferencia. Refleja un punto intermedio entre insatisfacción y satisfacción, por lo que se considera finalmente como insatisfacción. Respuesta negativa referente a la afirmación	3
En desacuerdo	Cierto nivel de insatisfacción. Respuesta negativa frente a la	2

	afirmación.	
Muy en desacuerdo	Ausencia de satisfacción. Respuesta negativa en relación a la afirmación	1

5.7 Análisis de datos

Se calcularon medidas descriptivas para los datos sociodemográficos, dimensiones de burnout y áreas de la vida laboral. A través del Coeficiente de correlación de Pearson se logro medir el grado de asociación entre dos variables, siendo éstas las dimensiones del síndrome con las características personales y el instrumento AWS, con un nivel de significancia de 0,05. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, utilizando el porgrama estadístico SPSS versión 21.

5.8 Implicancias Éticas

“La ética es la ciencia que estudia la moral del hombre en sociedad. Se trata de una ciencia práctica o normativa pero también es una ciencia teórica. Está constituida por una serie de reglas de conducta que señalan una obligación, un deber ser. La bioética se diferencia de la ética médica en que ésta última se refiere exclusivamente a la búsqueda del bien en los seres humanos enfermos y de aquellos en quienes se intenta promover la salud, mientras la bioética aborda todos los problemas inherentes a la vida”(91).

La presente investigación involucró a personas, por lo cual se comenzó aplicando los principios bioéticos de primer nivel que son la no maleficiencia y autonomía, es decirno provocó daño y se respetó la libertad de los particioantes en cuanto a su poder de decisión. La beneficencia y justicia se encuentran en el segundo nivel identificando la necesidad de querer un beneficio para otros, que en este caso son los funcionarios del Hospital, ya que identificando la prevalencia o los factores que predisponen al Síndrome se podrán lograr medidas beneficiosas para la salud de los trabajadores (92). Durante toda la investigación se protegerion los derechos de los participantes en relación que la participación es libre y voluntaria y la opción de retirarse del estudio en el momento que decidieran. La confidencialidad fue un tema primordial para que las personas se pudieran expresar sin presión alguna, por lo cual la recolección de datos fue muy rigurosa en este aspecto.

Con el fin de resguardar los aspectos éticos de la investigación se utilizó los requisitos propuestos por Ezequiel Emanuel, incluyendo cada uno de sus elementos (93):

1. **Valor:** se trata de emitir un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Se evalúa que la intervención conduzca a mejoras en la salud, bienestar, genere conocimiento, sea un estudio preliminar para desarrollar una intervención o probar una hipótesis. Específicamente este trabajo tiene como propósito desarrollar mejoras en la calidad de vida laboral de los integrantes del equipo de salud de las Unidades de Urgencia, Unidad de Paciente Crítico, Cirugía, Medicina y Pediatría del Hospital antes mencionado. El valor real de la investigación tiene un contenido social, ya que si el personal no padece Burnout habría una mejor calidad de atención a los usuarios, también una contribución científica al ámbito de salud-laboral para los trabajadores de la Institución y por último un aporte real a la administración para crear nuevos cambios en el clima laboral que se traduce en el instrumento AWS.
2. **Validez científica:** para que exista se debe vigilar que el estudio sea original y científicamente significativo lo que se comprueba ya que en Chile no existe otra investigación que relacione la presencia de Burnout con las áreas de la vida laboral con instrumentos validados internacionalmente, esto se demostró a través de la correlación de las variables. También se indica que se puedan alcanzar conclusiones válidas con la menor exposición posible de los sujetos, lo cual fue realizado en la investigación. Es un estudio completamente realizable debido al acceso expedito de las personas como al lugar (93).
3. **Selección equitativa de participantes:** en este aspecto es importante evitar la elección de grupos vulnerables (estigma, impotencia), a menos que sea necesario para la naturaleza de la investigación. Las pautas consideran vulnerable al sujeto que tiene una incapacidad sustancial para proteger intereses propios debido a impedimentos como: ineptitud para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Son grupos vulnerables en la investigación los discapacitados, niños, ancianos, enfermos mentales, presos, minorías y poblaciones de países subdesarrollados (93). Concretamente, se seleccionaron los sujetos en forma

equitativa que contaban con las características específicas relacionadas con la interrogante del estudio, como son los funcionarios pertenecientes al Centro Hospitalario, los cuales no pertenecían a grupos vulnerables.

4. **Proporción valorable de riesgo/beneficio:** desde el punto de vista ético, siempre es posible que los pacientes decidan perjudicando a sus propios intereses y bienestar. Por este motivo, por los principios de beneficencia y no maleficencia, se debe establecer límites a la posibilidad de que los potenciales sujetos de investigación acepten riesgos desproporcionados (93). Al ser un estudio descriptivo no existieron riesgos en cuanto a la salud de las personas, pero sí se esperan beneficios en cuanto a medidas para aumentar el clima organizacional y la calidad de vida de los trabajadores.
5. **Evaluación independiente:** es relevante evaluar si existen conflictos de interés, que la investigación garantice que se encuentre dentro del marco legal y que los Comités de Ética no recibieran remuneración alguna por la aprobación del protocolo (93). Lo anterior, se rige al estudio en todos sus aspectos.
6. **Consentimiento Informado:** éste se justifica por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos sólo participan cuando la investigación es compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre. Es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión (93). Se capacitó a una persona para la recolección de datos y se entregó a cada participante la información sobre el propósito de la investigación, luego se les solicitó la libre participación a través del Formulario de Consentimiento Informado (Anexo 1).
7. **Respeto por las personas encuestadas:** se justifica por múltiples principios, incluido el de beneficencia y el de respeto a la autonomía. Se debe asegurar que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, se debe garantizar la confidencialidad, evitar todo tipo de coerción y se debe informar acerca de los resultados, lo cual pertenece a las características de la investigación (93). También se respetó la confidencialidad, recogiendo por separado el formulario de consentimiento informado y los instrumentos MBI-GS, AWS y el ítem de datos sociodemográficos.

VI.- RESULTADOS

En los resultados se aprecia que el 62,1% pertenece al rango de edades entre 21-40 años, correspondiendo: 65% sexo femenino, 42,7% casados, 81,6% no estudia actualmente y el 20% tiene un postgrado.

Con respecto a las características laborales, el 88,3% trabaja a tiempo completo en la Institución, el 81,6% tiene una permanencia entre 1 a 10 años correspondiendo el mismo porcentaje en su puesto trabajo, el 30,1% señala que tiene otro trabajo o la realización de horas extras dentro del mismo Centro Asistencial y el 84,5% labora en sistema de turnos.

De los encuestados el 56,3% corresponde a TENS y el 19,4% Enfermera/o. De los Servicios Clínicos que participaron, el 23,3% pertenecen a la UPC y el 22,3% a Urgencia y Medicina (Tabla 1).

Tabla 1 Perfil sociodemográfico en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile.

Variable	n	%
Edad		
21-30	34	33,0
31-40	30	29,1
41-50	22	21,3
51-60	12	11,6
+ 61	5	4,8
Sexo		
Mujer	67	65,0
Hombre	36	34,9
Estado Civil		
Soltero	38	36,9
Casado	44	42,7
Unión libre	10	9,74
Divorciado	8	7,8
Viudos	3	2,9
Estudio actual		
Sí	19	18,4
No	84	81,6
Especialización y/o postgrado		

Sí	20	19,4
No	83	80,6
Sistema de trabajo		
Tiempo completo	91	88,3
Medio tiempo	12	11,7
Profesión u ocupación actual		
Médico Especialista	3	2,9
Médico General	6	5,8
Enfermera/o	20	19,4
Nutricionista	3	2,9
Kinesiólogo	5	4,9
TENS	58	56,3
Auxiliar de Servicio	8	7,8
Unidad de trabajo		
Urgencia	23	22,3
Cirugía	17	16,5
Unidad Paciente Crítico	24	23,3
Medicina	23	22,3
Pediatría	8	7,8
Más de dos Servicios	8	7,8
Tiempo de permanencia en el Hospital		
1 - 10	84	81,6
11 - 20	11	10,7
21 - 30	4	3,9
31 - 40	4	3,9
Tiempo en su puesto actual		
1 - 10	84	81,6
11 - 20	11	10,7
21 - 30	4	3,9
31 - 40	4	3,9
Desempeña otro trabajo además del principal a horas extras		
Sí	31	30,1
No	72	69,9
Sistema de turno		
Sí	87	84,5
No	16	15,5
Total	103	100

En relación al instrumento MBI-GS, se puede señalar que el 8,8% y 7,8% presentan altos niveles de Burnout en relación al “desgaste emocional” y “cinismo”, respectivamente. En el

ámbito de “ineficacia profesional”, siendo una variable inversamente proporcional, el 3,9% indica altos niveles (Tablas 2, 3 y 4).

Tabla 2 Niveles de Burnout en relación a desgaste emocional en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	N	E	D	R	F	MF	DI
Me siento agotado emocionalmente por mi trabajo	18 17,5	27 26,2	13 12,6	16 15,5	10 9,7	17 16,5	2 1,9
Me siento desgastado al final de la jornada laboral	20 19,4	23 22,3	20 19,4	13 12,6	12 11,7	12 11,7	3 2,9
Me siento cansado cuando me levanto en la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo	26 25,2	27 26,2	22 21,4	11 10,7	8 7,8	4 3,9	5 4,9
Trabajar todo el día representa una verdadera tensión para mí	2 1,9	3 2,9	5 4,9	13 12,7	10 9,7	32 31,1	38 36,9
Me siento acabado por mi trabajo	47 45,6	17 16,5	18 17,5	6 5,8	4 3,9	7 6,8	4 3,9

Tabla 3 Niveles de Burnout en relación a despersonalización en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	N	E	D	R	F	MF	DI
Ha disminuido mi interés por el trabajo desde que comencé en este empleo	53 51,5	23 22,3	11 10,7	6 5,8	3 2,9	3 2,9	4 3,9
Ha disminuido mi entusiasmo por mi trabajo	57 55,3	23 22,3	11 10,7	2 1,9	2 1,9	2 1,9	6 5,8
Sólo quiero hacer mi trabajo sin ser molestado	23 22,3	12 11,7	9 8,7	15 14,6	5 4,9	19 18,4	20 19,4
Dudo de la relevancia que tiene mi trabajo	68 66	14 13,6	9 8,7	6 5,8	2 1,9	2 1,9	2 1,9
Me he vuelto más incrédulo con respecto a si mi trabajo contribuye en algo	62 60,2	10 9,7	9 8,7	11 10,7	5 4,9	3 2,9	3 2,9

Tabla 4 Niveles de Burnout en relación a ineeficacia profesional en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	N	E	D	R	F	MF	DI
Puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo	2 1,9	3 2,9	5 4,9	13 12,6	10 9,7	32 31,1	38 36,9

Siento que estoy haciendo una contribución efectiva a lo que esta organización hace	2 1,9	3 2,9	4 3,9	5 4,9	6 5,8	27 26,2	56 54,4
En mi opinión, soy bueno en mi trabajo	3 2,9	4 3,9	0 0	6 5,8	4 3,9	28 27,2	58 56,3
Me siento entusiasmado cuando logro algo en mi trabajo	2 1,9	1 1	1 1	1 1	12 11,7	26 25,2	60 58,3
He logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo	3 2,9	5 4,9	3 2,9	10 9,7	8 7,8	31 30,1	43 41,7
En mi trabajo, me siento seguro de que soy eficaz para hacer las cosas	2 1,9	0 0	2 1,9	6 5,8	16 15,5	25 24,3	52 50,5

En relación al instrumento AWS, la sección de carga de trabaja señala que un 39,8% está de acuerdo y muy de acuerdo que el tiempo y/o los recursos son insuficiente, generando un desequilibrio entre las exigencias del trabajo y la capacidad del trabajador para satisfacer las exigencias (Tabla 5) (41).

En el ámbito del “control” el 46,6% indica que está de acuerdo en relación a la autonomía y la influencia sobre las jefaturas para obtener el equipo y el espacio para realizar el trabajo (Tabla 6).

En cuanto a la “recompensa” el 66% responde que es complicado decidir, lo que sería un aspecto neutral en cuanto al reconocimiento, sueldo o beneficios (Tabla 7).

La comunidad, es un aspecto trascendental en un equipo de salud lo que se traduce en un gran apoyo social y medios efectivos para resolver desacuerdos. En el Hospital Intercultural el 49,5% señala que es complicado decidir, mientras que el 46,6% esta de acuerdo con factores positivos respecto a la comunidad (Tabla 8).

En relación a la “justicia” el 80,6% indica que es complicado decidir, por lo que la percepción de los empleados frente a su lugar de trabajo no es justa ni equitativo, siendo una respuesta muy imparcial (Tabla 9).

Para el 64,1% de la población estudiada es complicado decidir en el tema de “valores”, hay una actitud neutral para abordar el conflicto entre lo que los trabajadores quieren hacer y lo que tienen que hacer (Tabla 10).

Tabla 5 Carga laboral en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
No tengo tiempo para hacer el trabajo que se requiere	11 10,7	29 28,2	25 24,3	29 28,2	9 8,7
Trabajo intensamente por periodos prolongados de tiempo	8 7,8	15 14,6	21 20,4	37 35,9	22 21,4
Después del trabajo, llego a casa demasiado cansado para hacer las cosas que me gustan	8 7,8	22 21,4	18 17,5	29 28,2	26 25,2
Tengo tanto trabajo que hacer, que ello me aleja de mis intereses personales	16 15,5	29 28,2	25 24,3	23 22,3	10 9,7
Tengo suficiente tiempo para hacer lo que es importante en mi trabajo	8 7,8	28 27,2	24 23,3	35 34	8 7,8
Dejo de pensar en mi trabajo cuando llego a casa al final de mi jornada	4 3,9	15 14,6	17 16,5	27 26,2	40 38,8

Tabla 6 Control en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
Tengo control sobre cómo hacer mi trabajo	3 2,9	6 5,8	9 8,7	41 39,8	44 42,7
Puedo influir en la gerencia/jefatura para obtener el equipo y espacio que necesito para mi trabajo	16 15,5	18 17,5	30 29,1	29 28,2	10 9,7
Tengo autonomía/ independencia profesional en mi trabajo	9 8,7	17 16,5	23 22,3	36 35	18 17,5

Tabla 7 Recompensa en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
Recibo reconocimiento de los demás por mi trabajo	24 23,3	22 21,4	25 24,3	23 22,3	9 8,7
Mi trabajo es apreciado	10	18	28	33	14

	9,7	17,5	27,2	32	13,6
Mis esfuerzos generalmente pasan inadvertidos	11	25	33	24	10
	10,7	24,3	32	23,3	9,7
No se me reconocen todos mis aportes	11	29	26	28	9
	10,7	28,2	25,2	27,2	8,7

Tabla 8 Comunidad en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
Las personas confían entre sí para cumplir sus funciones	4	14	28	38	19
	3,9	13,6	27,2	36,9	18,4
Soy miembro de un grupo de trabajo que me apoya	4	2	25	48	24
	3,9	1,9	24,3	46,6	23,3
Los miembros de mi grupo de trabajo cooperan entre sí	3	5	15	54	26
	2,9	4,9	14,6	52,4	25,3
Los miembros de mi grupo de trabajo se comunican abiertamente	3	7	32	36	25
	2,9	6,8	31,1	35	24,3
No me siento cercano a mis compañeros	29	39	18	13	4
	28,2	37,9	17,5	12,6	3,9

Tabla 9 Justicia en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
En mi trabajo los recursos se distribuyen de forma justa	12	20	37	26	8
	11,7	19,4	35,9	25,2	7,8
Las oportunidades se brindan únicamente basadas en los méritos	10	24	46	16	7
	9,7	23,3	44,7	15,5	6,8
Existen procedimientos efectivos de apelación cuando cuestiono la imparcialidad de una decisión	10	20	42	25	6
	9,7	19,4	40,8	24,3	5,8
La gerencia/jefatura trata de manera justa a todos sus empleados	11	13	33	34	12
	10,7	12,6	32	33	11,7
El favoritismo determina cómo se toman las decisiones en el trabajo	13	25	41	18	6
	12,6	24,3	39,8	17,5	5,8
No es lo que sabes sino a quien conoces lo que determina el desarrollo de tu carrera aquí	17	23	38	19	6
	16,5	22,3	36,9	18,4	5,8

Tabla 10 Valores en el equipo de salud de los Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría de un Hospital Intercultural del sur de Chile

	MED	ED	C	DE	MD
Mis valores y los de la organización son similares	8 7,8	20 19,4	26 25,2	42 40,8	7 6,8
Las metas de la organización influyen en mis actividades laborales día a día	8 7,8	9 8,7	26 25,2	43 41,7	17 16,5
Mis metas profesionales son consistentes con las metas de la organización	4 3,9	11 10,7	33 32	40 38,8	15 14,6
Esta organización está comprometida con la calidad	5 4,9	8 7,8	21 20,4	46 44,7	23 22,3
Trabajar aquí me obliga a transgredir mis valores	49 47,6	24 23,3	19 18,4	8 7,8	3 2,9

Al relacionar las variables sociodemográficas con las tres dimensiones del inventario no se obtuvo relación con significancia en edad y sexo, sin embargo algunas variables sí presentaron una relación estadísticamente significativa: el estado civil con “ineficacia profesional” ($p=0,003$); “desgaste emocional” y profesión ($p=0,013$); “cinismo” y profesión ($p=0,000$); “desgaste emocional” y servicio ($p=0,030$) como se muestran a continuación (Tablas 11, 12, 13).

Tabla 11 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y estado civil, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		E civil	Desgaste emocional
E civil	Correlación de Pearson	1	-,009
	Sig. (bilateral)		,928
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	-,009	1
	Sig. (bilateral)	,928	
	N	103	103
		E civil	Cinismo
E civil	Correlación de Pearson	1	-,046
	Sig. (bilateral)		,644
	N	103	103
Cinismo	Correlación de Pearson	-,046	1
	Sig. (bilateral)	,644	

N		103	103
		E civil	Ineficacia profesional
E civil	Correlación de Pearson	1	-,288**
	Sig. (bilateral)		,003
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	-,288**	1
	Sig. (bilateral)	,003	
	N	103	103

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

Tabla 12 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y estamento, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Desgaste emocional	Estamento
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	1	-,243*
	Sig. (bilateral)		,013
	N	103	103
Estamento	Correlación de Pearson	-,243*	1
	Sig. (bilateral)	,013	
	N	103	103

.* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		Estamento	Cinismo
Estamento	Correlación de Pearson	1	-,348**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	-,348**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

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

		Estamento	Ineficacia profesional
Estamento	Correlación de Pearson	1	-,036
	Sig. (bilateral)		,720
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	-,036	1
	Sig. (bilateral)	,720	
	N	103	103

Tabla 13 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y Unidad de Trabajo, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Servicio	Desgaste emocional
Servicio	Correlación de Pearson	1	,215*
	Sig. (bilateral)		,030
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	,215*	1
	Sig. (bilateral)	,030	
	N	103	103

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

		Servicio	Cinismo
Servicio	Correlación de Pearson	1	,027
	Sig. (bilateral)		,789
	N	103	103
Cinismo	Correlación de Pearson	,027	1
	Sig. (bilateral)	,789	
	N	103	103

		Servicio	Ineficacia profesional
Servicio	Correlación de Pearson	1	,076
	Sig. (bilateral)		,446
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	,076	1
	Sig. (bilateral)	,446	
	N	103	103

En las áreas de la vida laboral en relación al instrumento MBI-GS, se encontró una diferencia significativa en: “desgaste emocional y carga de trabajo” ($p=0,000$); “cinismo y carga de trabajo” ($p=0,000$); “cinismo y recompensa” ($p=0,044$); “desgaste emocional y justicia” ($p=0,019$), se muestran a continuación (Tablas 14, 15, 16).

Tabla 14 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y carga de trabajo, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Carga de trabajo	Desgaste emocional
Carga de trabajo	Correlación de Pearson	1	,430**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	,430**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

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

		Carga de trabajo	cinismo
Carga de trabajo	Correlación de Pearson	1	,378**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	,378**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

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

		Carga de trabajo	Ineficacia profesional
Carga de trabajo	Correlación de Pearson	1	,093
	Sig. (bilateral)		,350
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	,093	1
	Sig. (bilateral)	,350	
	N	103	103

Tabla 15 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y recompensa, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Recompensa	Desgaste emocional
recompensa	Correlación de Pearson	1	,104
	Sig. (bilateral)		,295
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	,104	1
	Sig. (bilateral)	,295	
	N	103	103

		Recompensa	Cinismo
recompensa	Correlación de Pearson	1	,199*
	Sig. (bilateral)		,044
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	,199*	1
	Sig. (bilateral)	,044	
	N	103	103

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

		Recompensa	Ineficacia profesional
recompensa	Correlación de Pearson	1	,027
	Sig. (bilateral)		,788
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	,027	1
	Sig. (bilateral)	,788	
	N	103	103

Tabla 16 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y justicia, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Justicia	Desgaste emocional
Justicia	Correlación de Pearson	1	-,230*
	Sig. (bilateral)		,019
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	-,230*	1
	Sig. (bilateral)	,019	
	N	103	103

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

		Justicia	cinismo
Justicia	Correlación de Pearson	1	,006
	Sig. (bilateral)		,952
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	,006	1
	Sig. (bilateral)	,952	
	N	103	103

		Justicia	Ineficacia profesional
Justicia	Correlación de Pearson	1	-,124
	Sig. (bilateral)		,210
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	-,124	1
	Sig. (bilateral)	,210	
	N	103	103

VII.- DISCUSIÓN

En relación a las variables sociodemográficas, investigaciones señalan un predominio de sexo femenino (76, 77, 78, 81, 82, 83, 84), lo que es similar a este estudio que identificó un 65%, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con padecer Burnout, lo que concuerda con el trabajo del personal sanitario hispanoamericano (62). En cuanto a la edad, el 62,1% pertenece al rango entre 21-40 años, lo que sitúa a la mayor parte de la muestra en el ciclo de vida de adulto joven al igual que en otras investigaciones (38, 62, 77, 78, 79, 82). Muchos autores reportaron diferencias significativas, siendo los más jóvenes con altos sentimientos de Burnout (38, 62, 76, 78, 79, 82), lo que no se observó en el presente trabajo. En este estudio, cuando se habla de adulto joven se puede identificar como un grupo (81,6%) que tiene entre 1-10 años de experiencia laboral. Al pertenecer mayoritariamente a los rangos antes descritos, se puede especificar que sus capacidades físicas están en su máxima potencialidad y que el individuo comienza a asumir roles sociales y familiares, sin embargo la inexperiencia ó la salida de la Universidad y entrada al mercado laboral puede generar estrés por no sentirse preparados para las responsabilidades de la profesión (78).

En cuanto a las dimensiones del Síndrome, en este estudio el 8,8% y 7,8% en la sub-escala de “desgaste emocional” y “cinismo” presenta Burnout alto, resultado inferior a lo reportado por distintos autores (77, 81, 83), sin embargo es mayor al estudio realizado en Brasil que reporta un Burnout del 6,9% (76).

Al relacionar la presencia de Burnout con las variables sociodemográficas se puede mencionar que el estado civil presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$) al relacionarlo con ineffectividad profesional, al igual que el estudio realizado por Olvera que utiliza el mismo instrumento, con un $p=0,036$, identificando que la relación de pareja influye negativamente para presentar Burnout (81).

Con respecto a las características laborales, el estudio Chileno realizado en el Hospital Roberto del Río (83) señala que las horas de trabajo aumentan en forma directamente

proporcional para padecer Burnout y todas las profesiones son altamente sintomáticas. Otras investigaciones hacen mención que el tener doble empleo o realizar horas extras es un factor de riesgo (38, 78). En el Hospital Intercultural del Sur de Chile el 30,1% señala que tiene otro trabajo o la realización de horas extras dentro del mismo Centro Asistencial y el 84,5% labora en sistema de turnos. El sólo hecho de efectuar una proporción de trabajo diurno como nocturno, atenta contra los hábitos de vida saludable y altera la mantención de las relaciones interpersonales, produciendo alteración del biorritmo con la consiguiente disminución del rendimiento laboral.

En cuanto a la profesión se evidenció una diferencia estadísticamente significativa que obtuvo un ($p=0,013$) para “desgaste emocional” y un ($p=0,000$) para “cinismo”, presentando la mayor prevalencia en Médicos Generales y Especialistas por igual, a diferencia de otro estudio que no encontró relevancias significativas en cuánto a la profesión (83). Lo mencionado tiene una relación directa al sistema de trabajo que deben cumplir los Médicos de Urgencia en turno, ellos quedan de llamado para los Servicios de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina y Pediatría en los horarios inhábiles, prácticamente quedan a cargo de todo el Hospital, a excepción de UPC. Los Internistas cumplen su rol principalmente en UCI y UTI, sin embargo cuando existen candidatos para éste Servicio, deben dirigirse a otras áreas para evaluar a los pacientes, la mayoría son usuarios de Urgencia y de Medicina.

En relación a diferencias por Servicio y Burnout, algunas publicación señalan que las Unidades Críticas (UCI/Urgencia) tienen menos prevalencia de Burnout (80, 83), destacando el estudio realizado en México el año 2013 con un nivel de significación de $p=0,009$ en relación a áreas no críticas. El presente estudio en relación al “desgaste emocional y servicio” presenta una diferencia significativa con un ($p=0,030$), teniendo mayor prevalencia en Medicina con un 13%, Urgencia un 8,7% y UPC con un 8,3%, lo que difiere a investigaciones realizadas en dos Hospitales del Sur de Chile donde se encontró mayor prevalencia en Diálisis para desgaste emocional y cinismo en Pensionado y Medicina Adulto (84). En la investigación del Hospital Roberto del Río (83) se evidenció, al igual que éste, que el Servicio de Medicina es el que tiene más casos sintomáticos del

Síndrome. Esto se puede deber a las propias características del paciente hospitalizado, por lo general adultos mayores que presentan fragilidad y comorbilidades, pacientes crónicos que requieren altas demandas y cuidados del personal, diversas las patologías en esta área lo que conlleva a un estudio constante y estar alerta frente a la sintomatología.

En Chile no existen estudios que relacionen el MBI-GS con el AWS, sin embargo algunas publicaciones señalan la correlación directa que existe entre la carga de trabajo y el Burnout (38, 79, 81, 84). Rodríguez en su investigación del año 2008 señala que el aspecto que influyó fuertemente en el “agotamiento emocional” fue la percepción de recursos materiales insuficientes, lo que se traduce en una mayor carga laboral, lo que tiene directa relación con los resultados descritos en el presente estudio, existiendo una diferencia significativa en desgaste emocional y cinismo con la carga laboral obteniendo un $p=0,000$ en ambos casos (38). Otro autor describe al Burnout como una consecuencia de las demandas físicas o psicológicas que el propio puesto de trabajo demanda como un desequilibrio entre el entorno laboral y el trabajador (94). Seguel y Valenzuela, mencionan la carga laboral como la relación entre el número de pacientes y el número de personal y señalan que aún sigue siendo alta en muchos Centros Asistenciales de Chile, lo que se traduce en elevado esfuerzo por responder a la demanda asistencial (84).

Maslach identifica que las recompensas estándares en que piensa la mayoría de la gente son el sueldo o beneficios especiales. Sin embargo, en muchos casos, las más importantes implican reconocimiento (41). En relación a esto, el estudio hispanoamericano (62), señala la importancia de la percepción de estar valorado y de sentirse recompensado, como factor que se opone a la adquisición del Síndrome. Una investigación señala la subvaloración del trabajador (84) y en otro una asociación significativa entre el bajo reconocimiento profesional y las manifestaciones de Burnout (95), lo que concuerda plenamente con este trabajo al correlacionar las variables de “cinismo” y “recompensa” con un ($p=0,044$), lo que tiene relación igualmente con los resultados para “desgaste emocional” y “justicia” ($p=0,019$).

En relación a la teoría de Callista Roy se ha desarrollado un sin número de investigaciones, sin embargo en el ámbito del Burnout no existen aún. Existe un estudio que relaciona a los cuidadores de enfermos crónicos con el modelo de Roy (58), donde se considero al familiar del enfermo crónico como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluían la edad, el sexo del cuidador y su relación con la familia. El estado de salud física del cuidador es una manifestación del modo de adaptación fisiológica y las respuestas emocionales del cuidador (shock, temor, ira, culpa, aumento de la ansiedad) son respuestas eficaces o ineficaces del modo de auto concepto. Dicho estudio tiene una relación muy directa con la presente investigación, ya que el Burnout se considera un estado de estrés crónico que se asocia a esta situación.

La Teoría del Estrés de Lazarus, a diferencia de Roy, tiene muchas investigaciones que asocian el Burnout con el tema (63, 64, 65, 66) y además se ha profundizado en distintas áreas como en la enseñanza secundaria, salud ocupacional, en profesores universitarios, en cáncer y enfermería, entre otros. Lo anterior, respalda la importancia de vincular la relación de la presencia de Burnout con las áreas de la vida laboral y los conceptos fundamentales de dicha teoría como son la interacción del individuo-ambiente, la evaluación y la última etapa del afrontamiento (68).

VIII.- CONCLUSIÓN

En el Hospital Intercultural del Sur de Chile el personal que en su mayoría es adulto joven y pertenecen al sexo femenino. A través del estudio realizado se puede afirmar que el Burnout general, es bajo para las dimensiones de “desgaste emocional”, “cinismo” e “ineficacia profesional”, correspondiendo a un 8,8%, 7,8% y 3,9% respectivamente, aunque varía según profesión siendo prevalente en Médicos Generales y Especialistas seguido por Enfermeras/os. Existe diferencia estadísticamente significativa cuando se evalúa por Servicios Clínicos, obteniendo los más altos sentimientos del Síndrome: Medicina, Urgencia y UPC. Sin embargo no se demostró una diferencia estadísticamente significativa para la edad y sexo con Burnout.

Se identificó una relación muy estrecha en cómo influye la “carga laboral” en el “desgaste emocional” y el “cinismo”. Identificando las jornadas por periodos prolongados de tiempo, el sentimiento de llegar a su casa muy cansada/o por lo que deja de hacer las cosas que realmente le gustan y señalar que no tiene el tiempo para hacer el trabajo que se requiere existiendo así un desequilibrio entre las demandas laborales y personales. Lo anterior, tiene directa relación con los recursos de la Institución lo que se demuestra que algunos profesionales tienen que cubrir más de un Servicio, mientras están de turno incrementando su carga hasta 3 veces más en horario inhábil.

Otras áreas de la vida laboral que mostraron ser influyente para padecer el Síndrome fueron la “justicia” y la “recompensa” que hacen mención al aspecto salarial de los distintos empleados así como, el tipo y la cantidad de trabajo que no están distribuidos equitativamente.

Se recomienda plantear estrategias a nivel individual, grupal y organizacional (51). En el primero, se puede capacitar al personal en resolución de problemas, entrenamiento en el manejo efectivo del tiempo y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir durante el turno. Esta comprobado que el realizar pequeñas pausas de descanso durante el trabajo

disminuye la sintomatología (51, 96). Estos elementos son prioritarios implementarlos en los Médicos generales y Especialistas, como también en Enfermeros/as, ya que son los grupos que tuvieron mayores sentimientos de Burnout.

A nivel grupal, es relevante fomentar el apoyo social entre miembros del equipo, el aspecto de recompensa no es sólo en relación al sueldo, las más importantes implican un reconocimiento (41) que se debería práctica en primer lugar con el equipo de trabajo diario, en especial en los servicios de Medicina, Urgencia y UPC. Para mejorar este aspecto se pueden utilizar actividades grupales fuera del ámbito laboral, capacitación en comunicación asertiva y fomentar el compañerismo para evitar la baja autoestima y sentimientos de inferioridad con el fin de crear una buena atmosfera de trabajo (51).

La organización desde el punto de vista de la salud laboral es una estrategia general y colectiva de afrontamiento y prevención de los posibles riesgos (51), en este caso de padecer Burnout. Se señaló la alta carga laboral que presentan los funcionarios del Establecimiento por lo cual debe ser un tema primordial a tratar. La inyección de recursos humanos y materiales es una materia urgente para mejorar el clima laboral junto con el aumento de la equidad en la distribución del trabajo, unido a una política más incentivadora. También es necesario el incremento de la comunicación entre los trabajadores y los directivos, para identificar las áreas que deben mejorar, planificando y realizando los cambios organizativos necesarios conjuntamente. Un ámbito importante son los estilos de liderazgos (97), ya sea en el ámbito directivo como en los jefes de turnos, se puede afirmar que los orientados hacia las personas, en los que se da importancia a la satisfacción de los trabajadores, incrementa la cohesión, reduce los conflictos disfuncionales y favorece la calidad de las relaciones entre directivos y subordinados. Por el contrario, un liderazgo autocrático y autoritario suele generar climas organizacionales proclives a fomentar el surgimiento de factores de riesgo psicosocial y afectar la salud de los miembros de la organización; en estos estilos de liderazgo, la escasa autonomía y la falta de información para desempeñar las actividades puede predisponer al Síndrome de Burnout por lo cual se hace necesario promover estilos positivos a través de capacitaciones.

Finalmente, la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que refuercen el optimismo y la autoestima se deben implementar en todo el personal de salud como medidas de prevención para no llegar a la etapa de tratamiento.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- (1) Salanova M, Llorens S. Estado actual y Retos Futuros en el Estudio del Burnout. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2008 [citado 20 de Octubre 2014]; 29 (1): 59-67. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/10573/28614.pdf?sequence=1>
- (2) Moriana JA. Burnout y cuidado de la salud en voluntarios. In Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras; 2005; Argentina. [citado 1 de Agosto 2014]. Disponible en: http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notal.htm
- (3) Riveri M, Sánchez N, Castellanos MT, Cordies BJ, Cobas CR. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de Terapia Polivalente Hospital Saturnino Lora. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2008 [citado 20 de Agosto 2014]; 24 (2):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192008000200004&script=sci_arttext
- (4) Cuadra A, Lee SI, Sossa RP. Construcción de perfiles psicograficos de profesores de Educación Básica de Escuelas Municipales de Arica. Estud. Pedagog [Internet]. 2009 [citado 10 de Julio 2014]; 35 (1): 13-26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052009000100001&script=sci_arttext
- (5) Vallebuona C. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Encuesta. Instituto de Seguridad Laboral; 2011 [citado 1 Agosto 2014]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/ENETS/INTERINSTITUCIONAL_BAJA.pdf
- (6) Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y Factores Asociados al Burnout en un Área de Salud. Aten Primaria [Internet]. 2001 [citado 28 de Julio 2014]; 27 (5): 313-317. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/burnout.pdf>
- (7) Tricas J, Salavera C, Lucha M, Vidal C, Estebanez M, Bernues L. Descriptive study of stress and satisfaction at work in the Saragossa University services and administration staff. International Journal of Mental Health Systems[Internet]. 2010 [citado 20 de Junio 2015]; 4: 7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873570/>
- (8) Novoa M, Nieto C, Forero C, Caycedo C, Palma M, Montealegre Mdp, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería.

- Univ. Psychol [Internet]. 2005 [citado 03 Noviembre 2014]; 4 (1): 63-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740108>
- (9) (DIPRES) DdP. Ministerio de Hacienda. [Online]; 2014 [citado 8 de Mayo 2015]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/594/articles-126454_doc_pdf.pdf.
- (10) Asistenciales SdR. Informe Cualitativo Glosa 04. Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales; 2013. [citado el 3 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.senado.cl/site/presupuesto/2013/cumplimiento/Glosas%202013/tercera_subcomision/16%20Salud%202013/ORD.N%C2%B0%20698/INF%20CUALITATIVO%20GLOSA%2004.pdf
- (11) Gascón S, Leiter M, Stright N, Santed M, Montero-Marín J, Andrés E, et al. A factor confirmation and convergent validity of the "areas of worlife scale" (AWS) to spanish translation. Health and quality of life outcomes [Internet]. 2013 [citado 15 Julio 2014]; 11 (63): 1-11. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/11/1/63>
- (12) Araucanía INdEDrdL. Instituto Nacional de Estadísticas Dirección regional de La Araucanía. [Online].; 2012 [citado 20 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.inearaucaia.cl/archivos/files/pdf/SistemaEstadisticoRegional/COMPENDIO%20ESTADÍSTICO%20REGIONAL%20FINAL%202012.pdf>.
- (13) (INE) INdE. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Online].; 2012 [citado 20 Agosto 2014]. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Nueva_Imperial/Población.
- (14) Imperial HIdN. Proyecto de Normalización. Proyecto. Hospital Intercultural de Nueva Imperial; 2004.
- (15) Laval E. Hospitales Fundados en Chile durante la Colonia Santiago: Imprenta universitaria; 1935.
- (16) Imperial HIN. Archivo Histórico. Archivo. Hospital Intercultural Nueva Imperial; 2004.
- (17) Rui Pérez. Organización Colegial de Enfermería. [Online]. 2014 [citado 1 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/2587-la-sobrecarga-de-trabajo-y-la-formación-de-las-enfermeras-afectan-a-la-supervivencia-del-paciente#.VU_LulwTFER.

- (18) Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency* [Internet]. 1969 [citado 20 de Junio de 2015]; 15 (3): 359-370. Disponible en: <http://cad.sagepub.com/content/15/3/359.abstract>
- (19) Carlin M, Garcés de los Fayos E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología* [Internet]. 2010 [citado 20 Agosto 2014]; 26 (1): 169-180. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>
- (20) Freudenberger H, Richelson G. Burnout: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it. Inglaterra: Anchor Press A.; 1980.
- (21) Quinceno JM, Vinaccia S. Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología* [Internet]. 2007 [citado 5 Noviembre 2014]; 10 (2): 117-125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>
- (22) Bosqued M. Quemados, el Síndrome de Burnout: Qué es y cómo superarlo Barcelona: Paidós; 2008.
- (23) Forbes R. El Síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Éxito empresarial [Internet]. 2011 [ciatdo 3 Febrero 2015]; 160: 1-4. Disponible en: http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- (24) Española RA. Real Academia Española. [Online]. 2014 [citado 5 Febrero 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=dnhqXe4bdDXX2fkzyAuS>
- (25) Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* [Internet]. 1999 [citado 8 Noviembre 2014]; 15 (2): 261-268. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- (26) Freudenberger H, Herbet J. The International Labour Organization. [Online]. 2011 [citado 22 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.ilo.org/iloenc/part-i/mental-health/mood-and-affect/item/268-stress-and-burnout-and-their-implication-in-the-work-environment>.
- (27) Apiquian A. El síndrome de burnout en las empresas. Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac [Internet]; 2007; Mérida. p. 7. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-28861/sindrome%20burnout.pdf>

- (28) Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Publica Mex [Internet]. 2002 [citado 25 Agosto 2014]; 44 (1): 33-40. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000230>
- (29) Olivares V, Gil-monte P. Ánisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del Maslach Burnout Inventory (MBI). Ciencia y Trabajo [Internet]. 2011 [citado 10 Noviembre 2014]; (33): 160-167. Disponible en: http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009_Olivares_y_Gil-Monte.pdf
- (30) Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [citado 29 de septiembre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
- (31) Greig D, Fuentes X. Burnout o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2009 [citado 5 Marzo 2015]; 28 (4): 403-407. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v28n4/art13.pdf>
- (32) Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2009 [citado 15 Julio 2014]; 15(2): p. 55-68. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>
- (33) Martínez S. Prevalencia de síndrome de Burnout y percepción de pacientes difíciles en personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia 2003. Tesis. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería; 2004.
- (34) Leithwood K, Menzies T, Jantzi D, Leithwood J. "Teacher burnout: a critical challenge for leaders of restructuring schools". En Vandenberghe R, Huberman M. Understanding and Preventing Teacher Burnout. Cambridge: University Press; 2006. Disponible en: <http://ebooks.cambridge.org/chapter.jsf?bid=CBO9780511527784&cid=CBO9780511527784A015>
- (35) Cervelló E. El síndrome de sobreentrenamiento: una visión desde la psicobiología del deporte. Dialnet. 2003. p. 40-57.
- (36) Campbell J, Prochazka A, Gopal R. The Need for a Uniform use of the Construct of Burnout. Academic Medicine. 2011; 86(6): 661. Disponible en:

http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/06000/The_Need_for_a_Uniform_Use_of_the_Construct_of.2.aspx#

- (37) Martínez C, López G. Características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2005 [citado 23 Octubre 2014]; 7(1): p. 6-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051c.pdf>
- (38) Rodríguez AM, Cruz M, Merino JM. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Cienc. Enferm [Internet]. 2008 [citado 13 Febrero 2015]; 14(2): 75-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000200010&script=sci_arttext
- (39) Vega N, Sanabria Á, Domínguez L, Osorio C, Ojeda C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. Rev Colomb Cir [Internet]. 2009 [citado 17 Julio 2014]; 24(3): 138-146. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistajulioseptiembre2009/sindrome%20138-146%20a%20especial.pdf>
- (40) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astacio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2004 [citado 4 Noviembre 2014]; 78(4): 505-516. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
- (41) Maslach C. Comprendiendo el Burnout. Ciencia y Trabajo [Internet]. 2011 [citado 3 Febrero 2015]; 11(32): 37-43. Disponible en: <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/40/51640.pdf>
- (42) Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Emerald [Internet]. 2009 [citado 12 Diciembre 2014]; 14(3): 204-220. Disponible en: <http://burnout.nl/docs/35-jaar-burnout-wetenschap-research-onderzoek-1973-2008.pdf>
- (43) Amutio A, Ayestaran S, Smith J. Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2008 [citado 15 Octubre 2014]; 24(2): 235-252. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622008000200006
- (44) Visoso A, Sánchez P, Montiel N. Síndrome de Burnout en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México: un Estudio Comparativo. Int. J.

- Odontostomat [Internet]. 2012 [citado 6 Febrero 2015]; 6(2): 129-138. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2012000200003&script=sci_arttext
- (45) Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades Médico Quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Rev.fac.med [Internet]. 2008 [citado 20 Noviembre 2014]; 16(1): 25-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562008000100005
- (46) Moreno B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones [Internet]. 1997 [citado 23 Octubre 2014]; 13(2): 185-207. Disponible en: https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion_cbb.pdf
- (47) Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención Primaria [Internet]. 2001 [citado 20 Noviembre 2014]; 27(7): 459-468. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788361>
- (48) Gil P. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy [Internet]. 2003 [citado 2 Marzo 2015]; 1(1): 19-33. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- (49) Manzano-García G, Ayala-Calvo JC. New Perspectives: Towards and Integration of the concept "burnout" and its explanatory models. Anales de psicología [Internet]. 2013 [citado 6 Febrero 2015]; 29(3): 800-809. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300019&script=sci_arttext
- (50) Hernández T, Téran O, Navarrete D, León A. El Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Revista Cubana de Anestesiología [Internet]. 2007 [citado 3 Noviembre 2014];(5): 50-68. Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>

- (51) Gil P. PsicoPediaHoy. [Online]. 2001 [citado 20 Febrero 2015]. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>.
- (52) Tarantino S. Gesiopolis. [Online]. 2013 [citado 29 Septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia-2/cuidado-definir-indicador-gestion.htm>.
- (53) Martínez A. El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia [Internet]. 2010 [citado 20 Octubre 2014];(112). Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- (54) Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G de Chile. Tesis pregrado. Universidad de Chile, Carrera de Psicología; 2005.
- (55) Bresó E, Salanova M, Schaufeli W. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. [Online]. 2000 [citado 29 Septiembre 2014]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750ntp_732.pdf.
- (56) Fernández M, Merino C. Error de medición alrededor de los puntos de corte en el MBI-GS. Liberabit [Internet]. 2014 [citado 6 Marzo 2015]; 20(2): 209-218. Disponible en: http://revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit20_2/fernandez.pdf
- (57) Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (58) Moreno M. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación. Revista Aquichán [Internet]. 2001 [citado 3 Octubre 2014]; 1(1): 14-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74110106>
- (59) Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. Revista Aquichán [Internet]. 2009 [citado 3 Octubre 2014]; 2(1):. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34%3E>
- (60) Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2004 [citado 13 Noviembre 2014]; 4(1): 137-160. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

- (61) Costa S, Trevizán M. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 19 Enero 2015]; 15(1): 106-112. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a16.pdf
- (62) Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 22 Noviembre 2014]; 83(2): 215-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (63) Lima G, Aldana L, Casanova P, Casanova C, García E. Influencia del estrés ocupacional en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2003 [citado 20 Octubre 2014]; 32(2): 149-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572003000200011&script=sci_arttext
- (64) Guerrero E. Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. anales de psicología [Internet]. 2003 [ciatdo 18 Noviembre 2014]; 19(1): 145-158. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/14-19_1.pdf
- (65) Guerrero E. Salud, estrés y trastornos psicológicos. Rev. Educación. 1996; 13(1): 49-70.
- (66) Rubio J. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria. tesis doctoral. Universidad de Extremadura, Facultad de Educación; 2003.
- (67) Krohne H. Freie Universität Berlin. [Online]. 2002 [citado 29 Septiembre 2014]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/fohlen/Krohne_Stress.pdf.
- (68) Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichán [Internet]. 2005 [citado 20 Octubre 2014]; 5(1): 20-31. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117>

- (69) Cuevas-Torres M, García-Ramos T. Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. Trabajo y Sociedad [Internet]. 2012 [citado 22 Febrero 2015]; 19:1-16. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1514-68712012000200005&script=sci_arttext
- (70) Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividade [Internet]. 2003 [citado 10 Noviembre 2014]; 3(1): p. 10-59. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- (71) Fabregat A. Universitat de Lleida. [Online]. 2005 [citado 18 Octubre 2014]. Disponible en: http://web.udl.es/usuarios/e7806312/monografia_estres.pdf.
- (72) Solis C, Vidal A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan [Internet]. 2006 [citado 3 Diciembre 2014]; 7(1): 33-39. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20D%20AFRONTAMIENTO.pdf>
- (73) Vinaccia S. El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas. Rev.colomb.psiquiatr [Internet]. 2003 [citado 10 Noviembre 2014]; 32(2): 161-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632204>
- (74) Grazziano E, Ferraz E. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global [Internet]. 2010 [citado 2 Febrero 2015];(18): 1-20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf>
- (75) Popp M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Interdisciplinaria [Internet]. 2008 [citado 30 Noviembre 2014]; 25(1): 5-27. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (76) Trindade L, Lautert L. Síndrome de Burnout Entre-os-Trabalhadores da Estratégia de Salud de la Familia. Rev.esc.enferm.USP [Internet]. 2010 [citado 13 Enero 2015]; 44(2): 274-279. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005

- (77) Guido LdA, Marques R, Tonini C, Oliveira ME, Dias LF. Burnout Syndrome in multiprofessional residents of a Public University. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 [citado 1 Marzo 2015]; 46(6): 1477-1483. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n6/en_27.pdf
- (78) França F, Ferrari R, Ferrari D, Alves E. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de tamaño mediano. Rev.Latino-Am.Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 1 Marzo 2015]; 20(5): 961-970. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500019&script=sci_arttext&tlng=es
- (79) Ochomogo H, Barrera E. Prevalencia del síndrome de burnout, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. Revista Latinoamericana de Psiquiatria [Internet]. 2011 [citado 20 Febrero 2015]; 10(1): 11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2011/rp1111c.pdf>
- (80) Viejo S, Gonzalez M. Prevalencia del estrés laboral, síndrome de burnout y engagement en personal de enfermería del Hospital del Niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. European Scientific Journal [Internet]. 2013 [citado 1 Marzo 2015]; 9(12): 112-118. Disponible en: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/999>
- (81) Olvera R, Téllez C, González A. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. Aten Fam [Internet]. 2015 [citado 15 Marzo 2015]; 22(2): 46-49. Disponible en: http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/47993
- (82) Pistelli Y, Perochena J, Moscolini N, Tarrés MC. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2011 [citado 1 Marzo 2015]; 109(2): 129-134. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000200007
- (83) Ordenez N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2004 [citado 22 Febrero 2015]; 75(5): 449-454. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500006&script=sci_arttext
- (84) Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. Enfermería Universitaria [Internet].

- 2014 [citado 22 Febrero 2015]; 11(4): 119-127. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709236>
- (85) Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 25 Junio 2015]; 15(3): p. 0. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
- (86) Domínguez Y. El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 [citado 20 Noviembre 2014]; 33(3): 1-11. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_spu20207.htm
- (87) Dávila G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Lazarus [Internet]. 2006 [citado 25 Junio 2015]; 12: p. 180-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76109911.pdf>
- (88) Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Quinta ed. McGrawHill, editor. México: McGrawHill; 2010.
- (89) Manso J. Estructura factorial del maslach burnout inventory - versión human services survey - en Chile. Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2006 [citado 2 Noviembre 2014]; 40(1): 111-114. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440112>
- (90) García D, Spröhnle C, Sapag J. Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 [citado 2 Diciembre 2014]; 136(6): 809-8011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000600019
- (91) Narro J, Rodríguez J, Viesca C, Abreu L. Ética y salud. Retos y reflexiones. Gac Méd Méx [Internet]. 2004 [citado 3 Octubre 2014]; 140(6): 661-666. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017
- (92) León F. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. Acta Bioeth [Internet]. 2009 [citado 3 Octubre 2014]; 15(1): 70-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2009000100009&script=sci_arttext

- (93) Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Acta Bioeth [Internet]. 2004 [citado 3 Octubre 2014]; 10(1): 37-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005
- (94) Moreno Á. Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. Revista electrónica de Psicología [Internet]. 2007 [citado 12 Diciembre 2014]; 10(1): 63-79. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/18981>
- (95) Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 22 Noviembre 2014]; 29(2): 103-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext
- (96) Gil P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Anales de psicología [Internet]. 2005 [citado 15 Febrero 2015]; 21 (2): 345-346. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721217>
- (97) Contreras F, Espinal L, Pachón A, González J. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2013 [citado 20 Febrero 2015]; 9(1): 65-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246009>

ANEXOS

ANEXO 1
FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO
Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Mediante esta carta solicitamos su participación en la investigación "Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Hospital Intercultural de Nueva Imperial".

El objetivo principal es determinar el nivel de Burnout en el equipo de salud de los servicios de Unidad de Paciente Crítico, Urgencia, Medicina, Pediatría y Cirugía durante el segundo semestre del 2013.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será anónima y confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede se le pedirá responder un cuestionario. Si tiene alguna duda respecto a éste, puede hacer preguntas al encuestador, en caso que considere inoportuno y/o incómoda alguna pregunta tiene derecho de hacérselo saber al encuestador y no responder la pregunta y/o anular su participación.

El análisis de los resultados del grupo entrevistado será informado al sub-director médico sin que se identifique su sensación en el trabajo.

Se agradece de antemano su participación.

Yo _____ Rut _____

Fecha _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación respondiendo el cuestionario.

Firma participante _____

ANEXO 2

ÍTEM 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio

Datos Generales

En esta parte del cuestionario usted debe reflejar algunos datos personales. Con esto **NO SE PRETENDE IDENTIFICARLE**. El objetivo es poder agrupar sus respuestas con fines estadísticos.

D1. Edad	_____ Años	
D2. Sexo	Hombre	☐ ₁
	Mujer	☐ ₂
D3. Estado Civil	Soltero/a	☐ ₁
	Casado/a	☐ ₂
	Unión Libre	☐ ₃
	Divorciado/a	☐ ₄
	Viudo/a	☐ ₅
D4. ¿Está estudiando actualmente?	Sí	☐ ₁
	No	☐ ₂
D5. ¿Posee alguna especialización y/o postgrado?	Sí	☐ ₁
	No	☐ ₂
D6. ¿Cuál es su estado actual en la organización?	Tiempo Completo	☐ ₁
	Medio Tiempo/Tiempo Parcial	☐ ₂
D7. ¿Cuál es su actual profesión u ocupación?	Médico Especialista	☐ ₁
	Médico General	☐ ₂
	Enfermera/o	☐ ₃
	Nutricionista	☐ ₄
	Kinesiólogo	☐ ₅
	TENS	☐ ₆
	Auxiliar de Servicio	☐ ₇
D8. Nombre de su unidad de trabajo	Urgencia	☐ ₁
	Cirugía	☐ ₂
	Unidad Paciente Crítico	☐ ₃
	Medicina	☐ ₄
	Pediatría	☐ ₅
D9. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en este Hospital?	_____ años	
D10. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en su actual puesto?	_____ años	
D11. ¿Desempeña otros trabajos además de su trabajo principal?	Sí	☐ ₁
	No	☐ ₂
D12. ¿Está realizando trabajo por turnos?	Sí	☐ ₁
	No	☐ ₂

ANEXO 3

BURNOUT INVENTORY – GENERAL SURVEY (MBI- GS)

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

Utilizando la escala de anterior, marque el número que corresponda para indicar con qué frecuencia ha experimentado estos sentimientos. Si nunca ha experimentado este pensamiento o sentimiento, marque 0. Si en efecto ha experimentado este pensamiento o sentimiento, marque la respuesta que mejor lo describa.

1. Me siento agotada/o emocionalmente por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento desgastada/o al final de la jornada laboral.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento cansada/o cuando me levanto en la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Trabajar todo el día representa una verdadera tensión para mí.	0	1	2	3	4	5	6
5. Puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
6. Me siento acabada/o por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que estoy haciendo una contribución efectiva a lo que esta organización hace.	0	1	2	3	4	5	6
8. Ha disminuido mi interés por el trabajo desde que comencé en este empleo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Ha disminuido mi entusiasmo por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
10. En mi opinión, soy bueno en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me siento entusiasmada/o cuando logro algo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
12. He logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Sólo quiero hacer mi trabajo sin ser molestada/o.	0	1	2	3	4	5	6
14. Dudo de la relevancia que tiene mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Me he vuelto más incrédula/o con respecto a si mi trabajo contribuye en algo.	0	1	2	3	4	5	6
16. En mi trabajo, me siento segura/o de que soy eficaz para hacer las cosas	0	1	2	3	4	5	6

INVENTARIO DE LAS ÁREAS DE LA VIDA LABORAL (AWS)

Por favor, utilice la siguiente escala para indicar en qué medida está de acuerdo con los siguientes enunciados:

1	Muy en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Complicado decidir	4	De acuerdo	5	Muy de acuerdo
---	-------------------	---	---------------	---	--------------------	---	------------	---	----------------

Carga de trabajo						
1.	No tengo tiempo para hacer el trabajo que se requiere.	1	2	3	4	5
2.	Trabajo intensamente por periodos prolongados de tiempo.	1	2	3	4	5
3.	Después del trabajo, llego a casa demasiado cansada/o para hacer las cosas que me gustan.	1	2	3	4	5
4.	Tengo tanto trabajo que hacer, que ello me aleja de mis intereses personales.	1	2	3	4	5
5.	Tengo suficiente tiempo para hacer lo que es importante en mi trabajo.	1	2	3	4	5
6.	Dejo de pensar en mi trabajo cuando llego a casa al final de mi jornada.	1	2	3	4	5
Control						
7.	Tengo control sobre cómo hacer mi trabajo.	1	2	3	4	5
8.	Puedo influir en la gerencia/jefatura para obtener el equipo y espacio que necesito para mi trabajo	1	2	3	4	5
9.	Tengo autonomía/independencia profesional en mi trabajo.	1	2	3	4	5
Recompensa						
10.	Recibo reconocimiento de los demás por mi trabajo.	1	2	3	4	5
11.	Mi trabajo es apreciado.	1	2	3	4	5
12.	Mis esfuerzos generalmente pasan inadvertidos.	1	2	3	4	5
13.	No se me reconocen todos mis aportes.	1	2	3	4	5
Comunidad						
14.	Las personas confían entre sí para cumplir sus funciones.	1	2	3	4	5
15.	Soy miembro de un grupo de trabajo que me apoya.	1	2	3	4	5
16.	Los miembros de mi grupo de trabajo cooperan entre sí.	1	2	3	4	5
17.	Los miembros de mi grupo de trabajo se comunican abiertamente.	1	2	3	4	5
18.	No me siento cercana/o a mis compañeros.	1	2	3	4	5
Justicia						
19.	En mi trabajo los recursos se distribuyen de forma justa.	1	2	3	4	5
20.	Las oportunidades se brindan únicamente basadas en los méritos.	1	2	3	4	5
21.	Existen procedimientos efectivos de apelación cuando cuestiono la imparcialidad de una decisión.	1	2	3	4	5
22.	La gerencia/jefatura trata de manera justa a todos sus empleados.	1	2	3	4	5
23.	El favoritismo determina cómo se toman las decisiones en el trabajo.	1	2	3	4	5
24.	No es lo que sabes sino a quien conoces lo que determina el desarrollo de tu carrera aquí.	1	2	3	4	5

Valores					
25. Mis valores y los de la organización son similares.	1	2	3	4	5
26. Las metas de la organización influyen en mis actividades laborales día a día.	1	2	3	4	5
27. Mis metas profesionales son consistentes con las metas de la organización.	1	2	3	4	5
28. Esta organización está comprometida con la calidad.	1	2	3	4	5
29. Trabajar aquí me obliga a transgredir mis valores.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

Tabla 17 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y edad, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

Correlaciones		Edad rangos	Desgaste emocional
Edad rangos	Correlación de Pearson	1	,017
	Sig. (bilateral)		,862
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	,017	1
	Sig. (bilateral)	,862	
	N	103	103
		Edad rangos	Cinismo
Edad rangos	Correlación de Pearson	1	-,068
	Sig. (bilateral)		,493
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	-,068	1
	Sig. (bilateral)	,493	
	N	103	103
		Edad rangos	Ineficacia profesional
Edad rangos	Correlación de Pearson	1	-,144
	Sig. (bilateral)		,148
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	-,144	1
	Sig. (bilateral)	,148	
	N	103	103

Tabla 18 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y sexo, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Sexo	Desgaste emocional
Sexo	Correlación de Pearson	1	-,041
	Sig. (bilateral)		,683
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	-,041	1
	Sig. (bilateral)	,683	
	N	103	103
		Sexo	Cinismo
Sexo	Correlación de Pearson	1	-,039
	Sig. (bilateral)		,692
	N	103	103
Cinismo	Correlación de Pearson	-,039	1
	Sig. (bilateral)	,692	
	N	103	103
		Sexo	Ineficacia profesional
Sexo	Correlación de Pearson	1	-,037
	Sig. (bilateral)		,710
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	-,037	1
	Sig. (bilateral)	,710	
	N	103	103

Tabla 19 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y control, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Control	Desgaste emocional
control	Correlación de Pearson	1	,047
	Sig. (bilateral)		,638
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	,047	1
	Sig. (bilateral)	,638	
	N	103	103
		control	cinismo
control	Correlación de Pearson	1	-,112
	Sig. (bilateral)		,260
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	-,112	1

	Sig. (bilateral)	,260	
	N	103	103
		control	Ineficacia profesional
control	Correlación de Pearson	1	,151
	Sig. (bilateral)		,127
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	,151	1
	Sig. (bilateral)	,127	
	N	103	103

Tabla 20 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y comunidad, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Comunidad	Desgaste emocional
Comunidad	Correlación de Pearson	1	-,090
	Sig. (bilateral)		,368
	N	103	103
Desgaste emocional	Correlación de Pearson	-,090	1
	Sig. (bilateral)	,368	
	N	103	103
		Comunidad	cinismo
Comunidad	Correlación de Pearson	1	-,063
	Sig. (bilateral)		,529
	N	103	103
cinismo	Correlación de Pearson	-,063	1
	Sig. (bilateral)	,529	
	N	103	103
		Comunidad	Ineficacia profesional
Comunidad	Correlación de Pearson	1	,124
	Sig. (bilateral)		,212
	N	103	103
Ineficacia profesional	Correlación de Pearson	,124	1
	Sig. (bilateral)	,212	
	N	103	103

Tabla 21 Correlaciones entre dimensiones del inventario de Burnout y valores, en miembros del equipo de salud de Servicios Urgencia, Unidad de Paciente Crítico (UPC), Cirugía, Medicina y Pediatría. Hospital Intercultural del sur de Chile.

		Valores	Desgasteemocional
Valores	Correlación de Pearson	1	-,144
	Sig. (bilateral)		,148
	N	103	103
Desgasteemocional	Correlación de Pearson	-,144	1
	Sig. (bilateral)	,148	
	N	103	103
		Valores	Cinismo
Valores	Correlación de Pearson	1	-,167
	Sig. (bilateral)		,093
	N	103	103
Cinismo	Correlación de Pearson	-,167	1
	Sig. (bilateral)	,093	
	N	103	103
		Valores	Ineficacia profesional
Valores	Correlación de Pearson	1	,082
	Sig. (bilateral)		,409
	N	103	103
Ineficiaciaprofesional	Correlación de Pearson	,082	1
	Sig. (bilateral)	,409	
	N	103	103