



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Síndrome de Burnout y calidad de vida profesional en
Enfermería en un Instituto de Enfermedades
Neurológicas. Lima, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Marlene Katherinne Suasnabar Cayco

ASESOR:

Dr. Carlos De la Cruz Valdiviano

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de Salud

PERÚ – 2017

Página del Jurado

.....
Dra. Zarate Barrial Rosalía
Presidente

.....
Dra. Neyra Huamaní, Lidia
Secretaria

.....
Dr. De La Cruz Valdiviano, Carlos
Vocal

Dedicatoria

Dedico la presente investigación a mi prima
Ángela Hurtado Neyra y a mis padres por
el apoyo incondicional

Marlene Katherinne Suasnabar Cayco

Agradecimiento

Al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y a mis colegas enfermeras por brindarme las facilidades para el desarrollo del presente trabajo.

Declaratoria de autoría

Yo, Marlene Katherine Suasnabar Cayco, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 10126282, con la tesis titulada: “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017”.

Declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

- 1) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 2) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 3) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, junio del 2017

Marlene Katherine Suasnabar Cayco,
DNI 10126282

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, Lima, 2017”, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magíster en Gerencia en los Servicios de Salud.

La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El primer capítulo, referido a los antecedentes, marco teórico, el cual abarca las diferentes teorías de las variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema, hipótesis y objetivos. El segundo capítulo, marco metodológico, donde se presentan las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos. El tercer capítulo, se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. La discusión, las conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos, así como las sugerencias y los aportes que permitirán justificar la presente investigación.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado, recibimos con beneplácito vuestros aportes y sugerencias para mejorar, a la vez deseamos sirva de aporte a quienes deseen continuar un estudio de esta naturaleza.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Índice

Página del jurado	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vi
Resumen	xiii
Abstract	xv

I. Introducción

1.1. Antecedentes	16
1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística	21
1.3. Justificación	40
1.4. Hipótesis	44
1.5. Objetivos de la investigación	45

II. Marco Metodológico

2.1. Variables	47
2.2. Operacionalización de la variable	49
2.3. Metodología	50
2.4. Tipo de estudio	51
2.5. Diseño de investigación	51
2.6. Población, muestra y muestreo	52
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
2.8. Método de análisis de datos	58

III. Resultados

3.1. Descripción de resultados	60
3.2. Contraste de hipótesis.	68

IV. Discusión	73
V. Conclusiones	77
VI. Recomendaciones	79
VII. Referencias Bibliográficas	81
Anexos	
Anexo 1 Matriz de consistencia	
Anexo 2 Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 3 Árbol de problemas	
Anexo 4 Fiabilidad de los instrumentos	
Anexo 5 Base de datos	
Anexo 6 Artículo científico	
Anexo 7 Validación de instrumentos	

Índice de tablas

	Página
Tabla 1	60
Distribución de frecuencia de la variable Estrés laboral en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 2	61
Distribución de frecuencia de la dimensión Agotamiento Emocional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 3	62
Distribución de frecuencia de la dimensión Despersonalización en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 4	63
Distribución de frecuencia de la dimensión falta de la realización personal en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 5	64
Distribución de frecuencia de la variable Calidad de Vida Profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 6	65
Distribución de frecuencia de la dimensión apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	
Tabla 7	66
Distribución de frecuencia de la dimensión cargas de trabajo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	

Tabla 8	Distribución de frecuencia de la dimensión motivación intrínseca en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	67
Tabla 9	Correlación entre Estrés laboral y Calidad de vida profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	68
Tabla 10	Correlación entre el agotamiento emocional y la calidad de vida profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	69
Tabla 11	Correlación entre Despersonalización y Calidad de vida profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	70
Tabla 12	Correlación entre la falta de realización personal y Calidad de vida profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	71

Índice de figuras

	Página
Figura 1 Distribución de frecuencia de la variable Estrés laboral en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	60
Figura 2 Distribución de frecuencia de la dimensión Agotamiento emocional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	61
Figura 3 Distribución de frecuencia de la dimensión Despersonalización en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	62
Figura 4 Distribución de frecuencia de la dimensión falta de la realización personal en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	63
Figura 5 Distribución de frecuencia de la variable Calidad de Vida Profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	64
Figura 6 Distribución de frecuencia de la dimensión apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	65
Figura 7 Distribución de frecuencia de la dimensión cargas de trabajo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	66

Figura 8	Distribución de frecuencia de la dimensión motivación intrínseca en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017	67
----------	---	----

Resumen

La presente investigación, titulada “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre Síndrome de Burnout y Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental, transversal. Por ello, el objetivo general es Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Objetivos específicos 1.-Determinar la relación entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. 2. Determinar la relación entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. 3. Determinar la relación entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. La Metodología es hipotético deductivo, debido a que se realizó una observación para determinar el problema de la investigación, el cual conlleva a la elaboración de la hipótesis. Por consiguiente, se realizará deducciones a partir del resultado de la hipótesis. El método hipotético deductivo “es el camino lógico para buscar la solución a los problemas que nos planteamos. Consiste en emitir hipótesis acerca de las posibles soluciones al problema planteado y en comprobar con los datos disponibles si estos están de acuerdo con aquéllas” (Cegarra, 2011, p. 82). Asimismo, las conclusiones:

Primera

Los resultados confirmaron que existe una relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017. ($p=0,030$; $r=-0,738$), es decir en la medida que aumenten los niveles del síndrome de burnout, disminuirá la calidad de vida profesional de las enfermeras.

Segunda

No existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017. ($p=0,374$)

Tercera

Las evidencias mostraron que existe relación significativa inversa entre la despersonalización y la carga de trabajo en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017 ($p=0,002$; $r=-0,323$). Eso quiere decir que la despersonalización está siendo afectada por la excesiva carga laboral de la enfermera y viceversa, a mayor carga laboral, mayor despersonalización.

Cuarta

Existe relación significativa inversa entre la falta de realización personal y la motivación intrínseca en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017 ($p=0,002$; $r=-0,324$). Es decir, a mayor presencia de falta de realización personal, menores niveles de motivación intrínseca en el personal de enfermería. Concluyendo que existe relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017.

Palabras clave: Síndrome de Burnout y Calidad de vida profesional, enfermería.

Abstract

The present investigation, titled "Syndrome of Burnout and Professional Quality of life in Infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. It files, 2017", it took as a target to determine the relation between Syndrome of Burnout and Quality of life in Infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. Descriptive study correlacional, of not experimental, transverse design. For it, the general target is to Determine the relation between the Syndrome of Burnout and the Quality of life in Infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. Specific targets 1. -Determinar the relation between the emotional depletion and the managing support to infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. 2. To determine the relation between the depersonalization and the load of work of infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. 3. To determine the relation between the low personal achievement and the intrinsic motivation of infirmity in an Institute of Neurological Illnesses. The Methodology is hypothetical deductively, because an observation was realized to determine the problem of the investigation, which bore to the making of the hypothesis. Consequently, deductions will be realized from the result of the hypothesis. The deductive hypothetical method "is the logical way to look for the solution to the problems that we appear. It consists of expressing hypothesis about the possible solutions to the raised problem and of verifying with the available information if these agree with those" (Cegarra, 2011, p. 82). Also, the conclusions:

The first

The results confirmed that an inverse significant relation exists between the Syndrome of Burnout and the Professional Quality of life in Infirmity in an Institute Specializing in Neurology, 2017. ($p=0,030$; $r=-0,738$), that is to say as there increase the levels of the syndrome of burnout, it will diminish the professional quality of life of the nurses.

Second

Significant relation does not exist between the emotional depletion and the managing support in Infirmity in an Institute Specializing in Neurology, 2017. ($p=0,374$)

Third

The evidences showed that inverse significant relation exists between the depersonalization and the load of work in Infirmary in an Institute of Neurological Illnesses, 2017 ($p=0,002$; $r =-0,323$). That means that the depersonalization is being affected by the excessive labor load of the nurse and vice versa, to major labor load, major depersonalization.

Fourth

Inverse significant relation exists between the absence of personal achievement and the intrinsic motivation in Infirmary in an Institute of Neurological Illnesses, 2017 ($p=0,002$; $r =-0,324$). Namely to major presence of absence of personal achievement, less levels of intrinsic motivation in the infirmary personnel. Concluding that inverse significant relation exists between the Syndrome of Burnout and the Professional Quality of life in Infirmary in an Institute Specializing in Neurology, 2017.

Key words: Syndrome of Burnout and professional Quality of life, infirmary.

I. Introducción

1.1 Antecedentes

1.1.1 Internacionales

Caballero, Contreras, Vega y Gómez (2017) en Colombia, realizaron la investigación Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en el personal asistencial de una institución de salud de segundo nivel, teniendo como objetivo describir y analizar la relación entre ambos constructos. Estudio descriptivo, correlacional, que contó con una muestra de 62 trabajadoras asistenciales. Se aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional CVP-35. Los resultados mostraron una severidad alta y moderada del síndrome en el 38.7% de los trabajadores, sin embargo, se mostró un alto nivel de realización personal que junto con la motivación intrínseca se constituyen en factores protectores ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. Concluyendo que es necesario una gestión de los recursos humanos que tenga como base la salud de las personas que laboran en sus instituciones.

Mendiola (2015) en Alicante, España, realizó la investigación Percepción de la calidad de vida profesional, síndrome de burnout y autocuidado de las enfermeras del sector salud de Tamaulipas, que cuidan enfermos crónicos y terminales en CD. Victoria Tamaulipas, México. Estudio descriptivo, correlacional, transversal. El objetivo fue identificar el estado y características del burnout, así como medir su relación con la calidad de vida profesional y el autocuidado. La muestra estuvo compuesta por 185 enfermeras de siete hospitales públicos de Tamaulipas. Los resultados mostraron una prevalencia del síndrome de burnout en el 34.5% de enfermeras. Concluyendo que existe relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida profesional y el agotamiento emocional.

Muñoz (2014) en Colombia realizó la investigación Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de referencia. Con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería y su relación con variables sociodemográficas. Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en una muestra aleatoria y representativa de 174 enfermeras(os). Se utilizó como instrumento el MBI (Maslach Burnout Inventory). Resultados: La prevalencia de Burnout fue del 20.1% (IC 95%: 13,9 26,4) y además el 52,3% están

a riesgo de padecerlo. Quienes afirmaron ser solteros/viudos/separados, las profesionales de enfermería, los que al momento de la encuesta tenían una vinculación temporal o de supernumerario, quienes laboraban en servicios administrativos/oncología/camillero/esterilización y los 11 hombres y aquellos que afirmaron tener más de un contrato, fueron quienes presentaron indicadores de la proporción de Burnout mayores del 20,1%. En el análisis multivariado, los factores conjuntos que probablemente tienen mayor incidencia en la presencia del Burnout son el número de hijos y ser hombre. Concluyendo que, con respecto a otros estudios, este estudio revela que la prevalencia del síndrome de Burnout en el hospital de referencia es mayor.

Flores, Jenaro, Cruz, Veja y Pérez (2013) desarrollaron la investigación “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Laboral en profesionales de servicios sanitarios”, teniendo como objetivo describir los factores asociados con la calidad de vida laboral y su relación con el síndrome de burnout. El estudio por tanto fue descriptivo correlacional, con una muestra de 562 trabajadores de salud. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario General de Salud de Goldberg. Los resultados mostraron altas tasas de estrés percibido y la presencia del síndrome de burnout. Concluyendo que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de burnout.

Moreno et al. (2013), el objetivo general es describir las consecuencias del estrés laboral en el turno de trabajo diurno de 12 h respecto al de 7h en los profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos. Con tipo de estudio descriptivo transversal en 2 hospitales de tercer nivel de Barcelona: Hospital Clínico y Hospital Vall d’Hebron (turnos de 7 h y 12 h respectivamente). La población y muestra de 82 encuestas aplicadas a enfermeras, se obtuvieron 52 válidas. 22 en el Hospital Clínico de Barcelona y 30 en el Hospital Vall d’Hebron. El instrumento de medición está basado en 2 escalas validadas: en primer lugar la Standard Shiftwork Index (SSI) que consiste en una batería de cuestionarios autoadministrados que contemplan las variables más significativas en la investigación de la turnicidad. Y en segundo lugar, la escala Shiftwork locus of control que consta de una escala de 20 ítems, en forma de escala de Likert, valorada

en 6 puntos que oscilan entre el desacuerdo total y el acuerdo total, evaluando el efecto de la turnicidad en dichos profesionales. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariante mediante el uso de porcentajes y frecuencias, así como bivariante con la aplicación de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado. Resultados obtenidos de los profesionales encuestados que trabajan en turno de 12 h expresan niveles superiores de conciliación laboral y personal, concretamente en tiempo de ocio a disfrutar (χ^2 : 10,635; $p = 0,031$) y tiempo de dedicación familia-amigos, así como niveles más bajos de percepción de fatiga y estrés. No se han encontrado diferencias entre el tipo de turno y facilidad de desarrollo del trabajo profesional, a pesar de que el turno de 12 h presenta niveles más altos.

1.1.2 Nacionales

Morales da Silva y Magalhaes (2016), el objetivo general es verificar la presencia del estrés ocupacional y la calidad de vida relacionada con la salud en los profesionales de enfermería. Tipo de estudio no experimental, descriptivo, epidemiológico, no experimental, y transversal. La población y muestra es de una población de 273 profesionales de enfermería se tomó una muestra, por conveniencia, de 227 ($n = 227$). De ellos, 126 eran asistentes de enfermería, 75 técnicos de enfermería y 26 eran enfermeras, quienes acordaron participar voluntariamente. En la escala de medición se utilizaron tres cuestionarios: (a) Cuestionario sociodemográfico, (b) Escala de esfuerzo laboral, y (c) Item Short Form Health Survey. Se realizó el análisis estadístico entre los cuestionarios, análisis de varianza (ANOVA) y regresión lineal simple y múltiple. En los resultados el grupo de edad con mayor concentración de participantes (68,5%) es el grupo de más de 41 años. De ellos, la mayoría (72,1%) son mujeres y el 43,1% tienen dos hijos. En cuanto a la escolarización, se encontró que los participantes buscaban una calificación más alta: el personal incluía a personas que cursaban estudios superiores, especialización, maestrías y doctorados, así como especialistas y personas con maestrías y doctorados. Solo el 10,1% de los participantes tienen otro empleo.

Gonzales y Sandoval (2015), el objetivo general es analizar la relación entre la Calidad de Vida Profesional y el Síndrome de Burnout en las enfermeras del

Hospital María Auxiliadora. Tipo de Estudio es descriptivo correlacional de corte transversal. La población es de 161 enfermeras del Hospital María Auxiliadora y la muestra estuvo constituida por el 64% de la población utilizando el muestreo no probalístico intencional. En el instrumento de medición utilizó el Cuestionario de la Calidad de Vida Profesional (CVP-35) que evalúa la satisfacción y el placer del individuo en su vida cotidiana y el Inventario de Burnout de Maslach de 22 ítems. Análisis estadístico se aplicaron medidas de tendencia central, variabilidad, coeficiente de correlación de Pearson, y prueba de T student. En los resultados la correlación de las variables de estudio calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout tuvo un valor de correlación general de $-0,769$, con un valor $p < 0,01$, resultados que muestra una relación estadísticamente significativa e inversa, de manera tal que en los enfermeros con mejor calidad de vida profesional se encontró menor nivel de estrés o síndrome de Burnout; y, por el contrario, cuando la calidad de vida profesional es baja, se relaciona con mayores niveles de estrés.

Menor y Fernández (2015), el objetivo general es determinar los factores estresores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de UCI de hospitales de EsSalud nivel III-2, Lima-Metropolitana. De tipo de estudio cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, no experimental. Se consideró una población de 114 enfermeras de UCI adultos, 48 del hospital A y 71 del hospital B, que conformaron una muestra tipo censal. La escala de medición inventario de Burnout de Maslach y cuestionado de Respuesta Emocional al Estrés laboral. Los datos fueron analizados en paquete estadístico SPSS v.21 usando estadística descriptiva para las univariabes y χ^2 de Pearson para las bivariabes. Resultado el 60% de enfermeras presenta factores estresores en nivel medio y 22% nivel alto. La mayoría de enfermeras registró tendencia a padecer el síndrome de Burnout y un significativo porcentaje ya lo padecía. Consecuentemente, en el gráfico 4, destaca la dimensión “despersonalización” con nivel alto, mientras que en “realización personal” el nivel medio y bajo.

Peñarrieta, I; Abregú.et.al. (2014), el objetivo general es validar en el contexto peruano, el instrumento Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO en enfermeras que laboran en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. Tipo

de Estudio: Transversal Descriptivo. La muestra son 84 enfermeras; 80 mujeres (95%) y 4 hombres (5%), promedio de edad es de 38 años, rangos de 22 a 59 años. El instrumento de medición es Calidad de Vida en el Trabajo CVTGOHISALO en enfermeras que laboran en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. Los análisis estadísticos de confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.9 para los resultados totales y para cada dimensión, así como una correlación intraclase de 0,9. Resultados 41 (49%) solteros y otro porcentaje similar casados, el 53% (44) son nombrados y un 47% (40) contrato temporal. El 33% (28) tienen otro trabajo. Años de trabajo, el 45% (38) de 1- 5 años de experiencia, 21% (18) de 6 a 15 años y el 33% (28) más de 15 años.

Velásquez (2014), el objetivo general es determinar el nivel de estrés laboral en los profesionales de enfermería del departamento de emergencia y cuidados críticos del Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre 2014. Tipo de estudio cuantitativo, nivel aplicativo, de corte transversal. Población y muestra estuvo conformada por 35 enfermeros. Instrumento de medición escala de Estatores. En el análisis estadístico el paquete estadístico de Excel 2010 previa elaboración de la Tabla de Códigos. Resultados los aspectos referidos a nivel de estrés medio está dado porque se sienten cansados al final de la jornada de trabajo, alto en razón a que pueden crear una atmosfera relajada con sus pacientes, y bajo ya que no se sienten acabados ni totalmente agotados con su trabajo, no tratan a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

Ayala (2013) realizó el estudio titulado “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú”, para obtener la Maestría en la Especialidad de Enfermería Intensivista, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, con el objetivo de determinar el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos en la referida institución hospitalaria. El estudio fue cuantitativo, aplicativo, descriptivo, de corte trasversal. La población estuvo conformada por 53 enfermeras (os) y 39 técnicas (os) en enfermería. El instrumento utilizado fue el Maslach Burnout Inventory. Los resultados mostraron que del 100%, 13% tienen un nivel alto de síndrome de burnout, el 68% un nivel medio y un 19% bajo. En agotamiento emocional, del 100% técnicos en enfermería 58% tienen medio, 21% alto y 21%

bajo, las enfermeras (os) del 100% 55% medio, 19% alto y 26% bajo. En la despersonalización, el personal técnico 44% tiene medio, 18% alto y 38% bajo, las enfermeras (os) 59% tiene medio, 15% alto y 26% bajo. En realización personal, el técnico en enfermería 46% es medio, 23% bajo y 31% alto y en las enfermeras (os) 61% tienen medio, 17% bajo y 22% alto. Concluyendo que el Síndrome de Burnout en la mayoría del personal de enfermería de los servicios críticos es medio a alto, de igual modo en la dimensión agotamiento emocional y despersonalización referido a que se sienten cansadas (os) al final de la jornada de trabajo, no les importa lo que les ocurra a los pacientes.

1.2 Fundamentación científica, técnica y humanística

1.2.1 Teorías

Teoría de Lazarus

Lazarus fue especialmente conocido por su teoría sobre el estrés y las emociones. El énfasis de su teoría se asienta en el papel que juegan las valoraciones cognitivas para la constitución de las emociones y el estrés considerándolos más como procesos que como “estados”. Es una teoría considerada como transaccional, que contrasta con otras teorías centradas en la situación o en las respuestas características del estrés que enfatizan la descripción y medición del tipo de condiciones que generan estrés (reacciones físicas y psicológicas). Las investigaciones han señalado que las situaciones consideradas como estresantes no generan estrés en todas las personas y que éstas a su vez no reaccionan de la misma manera en situaciones estresantes. Adicionalmente hay reacciones que pueden considerarse perfectamente normales o indicadoras de activación fisiológica, cognitiva o conductual y que sólo pueden considerarse señales de estrés por su persistencia a través del tiempo. Por estas razones Lazarus y otros estudiosos propusieron que el estrés es un proceso de transacción entre una situación (interna o externa) que posee determinadas características y una persona que valora la situación en función de sus propias metas, valores, experiencia, etc. En el marco de esta perspectiva transaccional, para que se presente el fenómeno del estrés es importante que la persona perciba un desbalance entre las demandas

externas o internas y los recursos que están a su disposición para superar las demandas. Esta transacción fue, para Lazarus, más que un estado, un proceso que debe evaluarse a través del tiempo (Ortiz, 2005, p. 4).

Ortiz (2005), refirió que una de sus últimas publicaciones de Lazarus fue "Stress and Emotion: A New Síntesis (1999) donde hace un balance y una reformulación de su teoría, lo que puede considerarse como un verdadero legado para las futuras generaciones de investigadores. En esta obra Lazarus pone énfasis en el uso de metodologías cualitativas o la combinación de ambas, especialmente de narrativas emocionales. Posterior a esta publicación Lazarus puso más énfasis en el estudio y teorización sobre las emociones y afirmó que el estudio del estrés era parte del estudio de las emociones y no que las emociones eran parte del estudio del estrés.

Afirmó además que "los conceptos estrés, emociones y afrontamiento pertenecen juntos y forman una unidad conceptual, siendo emoción el concepto supraordinal, porque incluye el estrés y el afrontamiento". Las emociones que se presentan durante un encuentro estresante son tremendamente informativas para quien experimente el estrés y que los procesos que explican el origen de las emociones son muy similares a aquellos que dan origen al estrés. Sin embargo, afirmar que alguien tiene miedo o vergüenza es lo mismo que afirmar que está viviendo un proceso de estrés es un error. Los conceptos están muy relacionados pero se debe establecer los límites (Ortiz, 2005).

Existen, además de la mencionada anteriormente, diversas teorías relacionadas con el estrés como:

Teoría Psicológica, de Susan Folkman y Lazarus, quienes definieron el estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el entorno, valorada por la persona como una situación que le sobrepasa o pone en peligro su bienestar, afirman que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y el entorno y la valoración personal que se hace de la situación psicológica. Es así mismo considerada como una condición amenazante, desafiante o peligrosa. El organismo ofrece una respuesta proporcional a la intensidad de la

agresión. Los principales reguladores del estrés son el cerebro, el sistema nervioso, la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales, el hígado, los riñones, el páncreas, los vasos sanguíneos, los glóbulos blancos y las células del tejido conjuntivo (Hernández, 2004).

Teoría Biológica, de Walter Cannon (1871-1945, citado por Hernández, 2004), fisiólogo de profesión introduce el término estrés para referirse a la reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes. Define a los estímulos como estresores por su capacidad para producir cambios fisiológicos y reacciones automáticas de estrés, causando enfermedades como: colitis, úlcera gástrica, migraña, gastritis, lumbago, entre otras.

Teoría Social, de Lazarus y Folkman (1984, citado por Hernández, 2004), los menciona porque ellos consideraron la salud y la energía como una de las fuentes importantes de afrontamiento. Las personas carentes de salud y con problemas emocionales no responden como se espera a las demandas externas e internas. La confianza que uno tiene en su propia capacidad de hacer que otras personas colaboren puede constituir una importante fuente de manejo del estrés. Íntimamente relacionado con este recurso está el apoyo social o la sensación de aceptación, afecto o valoración por parte de otras personas. Esta teoría sostiene que existen circunstancias que el individuo experimenta cuando se relaciona con su medio ambiente y con la sociedad que lo rodea, convirtiéndose en algo nocivo para la salud y el equilibrio de su relación con los demás, incluyendo situaciones laborales desencadenando estrés.

Teoría Industrial, de Vitaliano y Cols (1988, citado por Hernández, 2004), estos autores sostienen que la exigencia elevada y un escaso nivel de control, produce estrés y afecciones cardiovasculares. En la actualidad el avance tecnológico ha reemplazado al hombre pero le exigen mucho control y velocidad de pensamiento y de acción, y la sociedad exige trabajo a presión, lo que potencia los factores causantes de estrés.

Cherniss (1980, citado por López, 2013, p. 37), precisa que este proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

Desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales
Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio,
caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.

Cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Edelwich y Brodsky (1980, citado por López, 2013): Lo definen "como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo" (p. 37).

El profesional de enfermería brinda su servicio de salud a la toda la comunidad de una determinada población, ya sea en el área promocional, recuperativo y/o de rehabilitación, es decir: cuida a la persona como individuo, en familia o en comunidad. A través de los años el desarrollo de la profesión ha sido muy positivo gracias a los estudios de posgrado y a la capacitación en servicio, así como la ansiada especialización, y en nuestro país, la incorporación del Residentado en Enfermería.

Por otro lado, y dentro de los estudios de postgrado se menciona a las Maestrías y Doctorados que están contribuyendo aceleradamente con la profesión y cuyas consecuencias inmediatas de rigen a los cuidados especializados de enfermería y por ende al mejoramiento del equipo de enfermería constituido por la enfermera, el técnico y estudiante de enfermería. Se debe tener presente que el estudio que se desarrollará en esta investigación está ligado directamente con el quehacer de la enfermera y más específicamente con la enfermera y técnico de enfermería que atiende a pacientes neurológicos.

Las afecciones neurológicas se constituyen como tal porque afectan al sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, troncoencefálico y médula espinal) y al sistema nervioso periférico (raíces, plexos, nervios, unión neuromuscular y músculo); sistema que controla todas las funciones del ser humano, por tal motivo

puede presentarse dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender, o problemas de memoria, sentidos y estado de ánimo (MedlinePlus, 2016).

El equipo de enfermería cuida de estas personas en los tres niveles de prevención y para el caso del presente estudio, el personal de enfermería brinda cuidados especializados a los pacientes de un instituto de enfermedades neurológicas, donde los grados de dependencia son III, IV, V y VI, lo que conlleva, junto a otros factores de gran importancia, al estrés del personal enfermería calificado en la literatura como trabajo altamente estresante.

1.2.2 Síndrome de burnout

De Rivera (2010), refiere que:

El burnout, o síndrome del profesional quemado, fue descrito inicialmente por Freudenberger (1974) y más ampliamente conceptualizado por Maslach (1981) (...). Es la consecuencia de un estrés crónico experimentado en el contexto laboral. Se presenta en personas cuyo trabajo se desarrolla en situaciones de exigencia emocional y que requiere el trato directo y continuo con el público. (p. 131)

En el contexto hospitalario, el personal de enfermería por la misma dinámica organizacional, por sus responsabilidades, por la creciente demanda de atención, se ven enfrentados a múltiples presiones, el cual forma parte del diario quehacer laboral y que podría desencadenar en un síndrome de burnout.

Por su parte Freudenberger (citado por De Rivera, 2010, p. 137) señala que:

El diccionario define el verbo “burnout” como “desgastarse, quedar exhausto por excesivas exigencias de energía, esfuerzo, o recursos”. Y eso es exactamente lo que ocurre cuando un miembro del staff se quema y se vuelve inoperante para toda intención y propósito... Los signos físicos son fáciles de ver. Para empezar, hay un sentimiento de agotamiento y fatiga, incapacidad para superar un resfriado, dolores de cabeza frecuentes y molestias gastrointestinales, dificultad para

dormir y ahogos... Signos adicionales son la facilidad para enfadarse y la irritación y frustración frecuentes. En cuanto a su manera de pensar, la persona se convierte en un libro cerrado, se vuelve excesivamente rígida, testaruda e inflexible. (p.133)

Es decir, este síndrome de burnout es el resultado de un estrés crónico experimentado en el contexto laboral que afecta al trabajador tanto física como mentalmente.

De allí que se afirma que el síndrome de burnout, “empieza a convertirse en un problema de gran trascendencia actualmente. Expertos en materia laboral y sanitaria han reclamado el reconocimiento de este síndrome como una enfermedad profesional. (...). Es conocido que el Síndrome de Burnout constituye una fase avanzada del estrés laboral y puede llegar a causar una incapacidad total para volver a trabajar” (Castañeda y García, 2010).

Lo que implica por sus consecuencias en el trabajador, la necesidad de una atención urgente a este problema laboral.

Según La Organización Mundial de la Salud, el estrés es el “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”, para Richard Lazarus (1966, citado por Slipack, 1991) es “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”. Es considerado uno de los problemas de salud más graves en la actualidad, y uno de los grupos más afectados lo constituye el personal de enfermería.

En un estudio realizado por la Universidad de Manizales en estudiantes de medicina se determinó que existe una alta prevalencia de malestar psicológico y físico dado por una combinación de factores como: el exceso de trabajo, la falta de tiempo, la incompatibilidad entre las relaciones interpersonales, obligaciones formativas, el ser foráneo,

trastornos del sueño, dieta no apropiada, sedentarismo y edad, entre otros (Delgado Quiñones et al., 2014).

Las personas y la mayoría de animales poseen un Sistema de Adaptación integrado por un sinnúmero de mecanismos biológicos y fisiológicos que preparan al organismo para la adaptación. El Estrés es hoy un acompañante privilegiado de nuestra existencia. La correcta utilización de sus mecanismos y el conocimiento de nuestra personalidad podrán llevarnos a la prevención de enfermedades

Psicosomáticas y Somatopsíquicas. Hans Selye (1956, citado por Slipack, 1991) dijo “el hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura”, hoy debe ser tomado muy en cuenta.

El estrés se ha entendido como: reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales); estímulo capaz de provocar una reacción de estrés; interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo, este último es el que en la actualidad se acepta mucho más, ya que se interpreta como una consecuencia de un desequilibrio entre las demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo de manifiesto sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se desarrollan una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables) de las cuales más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión (Cano, 2002).

Hans Selye (1993, citado por Dávalos, 2005) cuando define el estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante; así se ha considerado el ambiente físico de trabajo, los contenidos de puestos, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales, las rutinas reiterativas y monótonas, el ritmo de trabajo determinado por las máquinas, la carga

de trabajo o responsabilidad excesiva, las exigencias insuficientes en relación con la capacidad del trabajador entre otras.

Los signos e indicadores del estrés están dado por la: sensación general de insatisfacción ante la vida, bajo autoestima, tensión, preocupación, depresión, afecciones psicosomáticas (Méndez, 2015). Agrega además que el estrés laboral es un conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, puede afectar la salud del trabajador.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España a partir de 1995, se han llevado a cabo múltiples estudios, además de dar impulso a los aspectos relacionados con la salud laboral, al estrés se le ha considerado como factor desencadenante de distintos problemas de salud, de la afectación de las relaciones interpersonales, del absentismo y de la disminución de la productividad de las organizaciones, lo que ha llevado a la Unión Europea y a la OMS a insistir cada vez más en la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral (Cano, 2012).

Dada las reacciones complejas a nivel biológico que se dan cuando el organismo está sometido al estrés, la mayor parte de estos cambios no son perceptibles para el ser humano y requieren de identificación de diagnóstico; a nivel psicológico los síntomas producidos por el estrés son más fácilmente especificados por la persona que experimenta estos cambios; a nivel social los cambios son en las organizaciones donde prestan servicios, o con el entorno más cercano.

La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad cuyos síntomas a nivel cognitivo-subjetivo son: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre sí mismo, pensamientos negativos sobre la actuación frente a otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc. A nivel

fisiológico se mencionan: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias digestivas, dificultades respiratorias, sequedad de la boca, dificultad para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, etc. A nivel motor-observable se presenta: comer o beber en exceso, evitar situaciones temidas, fumar, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), tartamudear, ir de un lado a otro sin finalidad concreta, llorar, etc. (Cano, 2012).

Todo lo mencionado con anterioridad se presenta en cada ser humano de diferente forma y con diferentes manifestaciones, sin embargo se debe considerar que dentro del grupo ocupacional de salud el correspondiente al personal de enfermería que incluye a enfermeras y técnicos de enfermería, es el que más expuesto está a estrés laboral siendo del grupo de salud el más estrés desarrolla con un 56% en relación a los otros grupos ocupacionales de salud (Tunanñaña, 2013).

El trabajo que desarrolla el personal de enfermería en el ambiente hospitalario exige control y reacciones adaptativas inmediatas, sin embargo existe evidencia de factores diferente pero complementarios que desencadenan cuadros de estrés en este personal, ocasionado por falta de personal o reducido personal disponible, exceso de actividades y pacientes con grado de dependencia altos que demanda atención personalizada y de delegación, exceso de registros, requerimientos administrativos por la jefatura e servicio, además de la complejidad de las relaciones interpersonales; el afrontamiento de situaciones con los familiares de pacientes, las restricciones organizativas propias del sistema hospitalario, el estancamiento y desvalorización de remuneraciones, el compromiso de trabajo en otras instituciones de misma especialidad para aumentar sus ingresos económicos, y los horarios de jornada largas que suelen ser agotadoras (Teixeira et al., 2016).

El trabajo de enfermería en su rol asistencial es reconocido como altamente estresante. Uno de los referenciales teóricos más utilizados actualmente es el Job Strain Model (JSM) o Modelo Demanda-Control. Conforme el JSM, situación de mayor desgaste al trabajador y mayor

exposición al estrés laboral acarrea mayor riesgo para el desarrollo de patologías laborales y se configura por la combinación de alto nivel de demanda psicológica y el bajo control en el trabajo. Y a los niveles moderados de demanda con alto control, confieren una situación favorable al crecimiento y al desarrollo saludable en el trabajo. Diversas investigaciones a partir de este modelo evidenciaron la asociación del estrés laboral con la enfermedad física y mental donde las situaciones presentadas infieren como desenlace desde la sintomatología hasta cuadros patológicos instalados (Texeira, et al, 2016).

Modelo tridimensional de Maslach y Leiter.

El modelo más aceptado por la comunidad científica es el de Maslach y Leiter que concibe como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada al contexto organizacional.

El Síndrome de Burnout se puede definir como “una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en especial en los profesionales de organizaciones de servicios” (Maslach, citado por Olivares y Gil, 2009, p.161)

Maslach y Jackson (1986) describieron el burnout “como un síndrome de estrés crónico manifestado en las profesiones de servicios de atención intensa y prolongada a personas en situación de necesidad y dependencia”.

El Síndrome de Burnout, se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Llaneza, 2007, p. 508).

Este modelo contiene tres componentes: Agotamiento emocional, despersonalización y la realización personal.

Agotamiento emocional. El cansancio emocional hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se

realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás, comprende desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica. (Mansilla, 2004, cap. 4.3)

Despersonalización (actitudes negativas): Consiste en el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas a las que da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo, con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo (Mansilla, 2004, cap. 4.3).

Baja realización personal: La falta de realización personal en el trabajo es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja autoestima, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima. (Mansilla, 2004, cap. 4.3)

1.2.3 Calidad de vida profesional

En la actualidad, el hecho ampliamente conocido de la degradación del ambiente y su repercusión sobre los grupos humanos, sobre todo a nivel de salud, ha conducido a reconocer que la calidad de vida debe abordarse desde una óptica social, política, económica, ética, jurídica y cultural. La calidad de vida no puede desvincularse del crecimiento y disponibilidad de los recursos ni de las relaciones de los seres humanos y de ellos con el medio; relaciones de orden cultural que conducen a dar valor a la vida, la naturaleza y los sentimientos para alcanzar la felicidad (García, 2005).

Se han realizado denodados esfuerzos para analizar los conceptos de Calidad de Vida en el Trabajo o Laboral (CVL) orientados a descubrir, comprender y explicar la relación interdependiente existente, entre el trabajo, las condiciones laborales, la gerencia y las organizaciones,

que repercuten en la persona y el ambiente de los trabajadores. Los estudios relativos a la CVL (Camacaro, 2010).

Los estudios sobre CVL se remontan a fines de la década de los 60 y comienzos de la del 70 y tuvo sus orígenes en una serie de conferencias patrocinadas por el Ministerio de Trabajo de los EE.UU. y la Fundación FORD para enfrentar las huelgas en la planta de General Motors de Ohio. Se consideró que estas huelgas iban más allá de la satisfacción en el puesto de trabajo sino que incluía aspectos como la participación en por lo menos de algunos de los momentos de adopción de decisiones, aumento en la autonomía en el trabajo diario, rediseño de puestos de trabajo, entre otros. El reconocimiento de la CVL se da gracias al "Movimiento de CVL" que solicitaba la necesidad de humanizar el entorno de trabajo prestando especial atención al desarrollo del factor humano y a la mejora de su calidad de vida; esto fue asimilado también en Europa y su difusión es masiva. En Europa asumen la corriente de la humanización del trabajo, mientras que en EE.UU. se mantiene como Movimiento de CVL (Granados, 2011).

Los requerimientos de ambos movimientos adquieren mayor importancia en el contexto de tratados internacionales, disposiciones y acuerdos dirigidos a legitimar el derecho a la protección del trabajo, particularmente sus efectos en un mejoramiento cualitativo de las condiciones socio laborales del personal empleado en la producción y los servicios. La CVL o la Calidad de vida en el trabajo se puede considerar como una filosofía, un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual, buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo (Camacaro, 2010).

Los estudios y diversas investigaciones y teorías sobre epistemología de la CVL presentan tres perspectivas sobre el concepto de CVL: dimensión subjetiva, objetiva, y la combinación de ambas. Algunos autores como (Camacaro, 2010):

Cherns (1975, citado por Camacaro,2010) considera que la CVL “es el resultado de la combinación de las perspectivas estructurales de las relaciones humanas o perspectivas de los empleados en la organización”.

S.E. Seashore (1975, citado por Camacaro, 2010), la refiere “como la satisfacción en relación con las condiciones de trabajo dadas, varía entre los individuos de manera sistemática, medible y previsible según las diferentes características individuales, o Grado de satisfacción de los empleados con respecto a las condiciones de trabajo.

Walton (1975, citado por Camacaro, 2010) lo refiere como un proceso para humanizar el lugar de trabajo, o Adecuada y justa compensación.

Begeron (1982, citado por Camacaro, 2010) la CVL o CVT

es una aplicación concreta de una filosofía humanista a través de métodos participativos, con el objeto de modificar uno o varios aspectos del medio ambiente del trabajo para crear una nueva situación más favorable a la satisfacción de los empleados y a la productividad de la empresa. O Filosofía humanista.

Nadleer y Lawler (1983, citado por Camacaro, 2010) afirman que la CVT

es una forma de pensar sobre las personas, el trabajo y las organizaciones. Sus elementos distintivos tienen que ver con el impacto del trabajo sobre las personas y sobre la eficacia organizacional, y con la participación en la solución de problemas y toma de decisiones organizacional, o Perspectiva de los trabajadores.

Mateu (1984, citado por Camacaro, 2010) afirman que:

es la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles de la organización, de influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo, a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en su trabajo. Retribución suficiente y justa.

Mirvis y Lawler (1984, citado por Camacaro, 2010) es una relación económica, social y psicológica entre las organizaciones y sus empleados.

Turcotte (1986, citado por Camacaro, 2010), es la dinámica de la organización que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre, con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total.

Fernández y Giménez (1988, citado por Camacaro, 2010). La CVT

es el grado en que la actividad que llevan a cabo las personas está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en pro de contribuir a su más completo desarrollo como ser humano. O Equidad remunerativa.

Fields y Thacker (1992, citado por Camacaro, 2010). La Calidad de Vida en el Trabajo son los esfuerzos corporativos entre los representantes de la dirección y los sindicatos para implicar a los empleados en el proceso de toma de decisiones del trabajo. o Relación gerencia – trabajador - organización

French, Wendell (1995, citado por Camacaro, 2010). La calidad de vida en el trabajo es una filosofía de gestión, que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso para las personas o Aspectos psicológicos del empleado.

Gibson, Ivanicevich y Donnelly (1996, citado por Camacaro, 2010).

La calidad de vida en el trabajo es un conjunto de creencias que engloban y abarcan todos los esfuerzos por lograr un incremento de la productividad y mejorar la moral y la motivación de las personas,

aumentando su participación, permite preservar su dignidad y elimina los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional o Aspectos culturales y susceptibles del ente humano.

González, Peiró y Bravo (1996, citado por Camacaro, 2010). La Calidad de Vida en el Trabajo

es la estimación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral y que responden, en niveles satisfactorios, a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de esa persona en el propio trabajo y fuera de él o Compensaciones vs percepción.

Robbins (1996, citado por Camacaro, 2010). La Calidad de Vida en el Trabajo es el proceso a través del cual una organización responde a las necesidades de sus empleados desarrollando los mecanismos que les permiten participar plenamente en la toma de decisiones de sus vidas laborales o Nuevas Satisfacciones ya sean colectivas o individuales.

Dela Coleta J. A. (1998, citado por Camacaro, 2010). Sostiene que con la aparición de la noción CVL, se obtiene un constructo que permite sistematizar mejor las condiciones de trabajo y sus consecuencias sobre el trabajo y sobre el sistema productivo. o Un estilo de eficiencia organizacional.

Drucker (1999, citado por Camacaro, 2010).

Lo importante es la aplicación del conocimiento al trabajo para generar productividad e innovación. Esto significa que la persona es lo fundamental, pues es ella la que aprende y aplica el conocimiento obtenido. Quizá los mejores beneficios que la organización puede dar a los trabajadores para aumentar su calidad de vida, son los relacionados con mejor preparación. Si la empresa potencia a sus integrantes los estará haciendo empleables, es decir, capaces de proporcionarse por sí mismos condiciones que mejoren su calidad de vida. o Mejoramiento de la Calidad de Vida en general

Camacaro (2010)

La Calidad de Vida en el Trabajo es un proceso planificado, evolutivo y cooperativo que implica acciones tendientes a crear condiciones laborables favorables al desarrollo de las capacidades y las potencialidades de las personas para mejorar los niveles de satisfacción en el lugar de trabajo y fortalecer la identificación de los integrantes con la institución, así como alcanzar mejor desempeño laboral, generando un impacto positivo al interior de la organización. o Es un proceso totalmente cambiante y evolutivo.

Blanch (2002, citado por Camacaro, 2010) “La Calidad de Vida en el Trabajo es el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas trabajadoras en su lugar de trabajo o las percepciones de las personas”.

Salas, y Albert Clickman (2002, citado por Camacaro, 2010). C.V.L. “mejorada ocurría cuando las necesidades de los individuos eran satisfechas”.

Bustamante (2003, citado por Camacaro, 2010).

La calidad de vida en el trabajo está determinada no sólo por las características individuales (necesidades, valores, expectativas) o de situación (estructura organizacional, tecnología, sistemas de remuneración, política interna) sino también por la actuación sistémica de estas características individuales y organizacionales. o Los aspectos intrínsecos del cargo.

Turcote (1982, citado por Sarabia, et.al., 2016) menciona que:

como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total. Afecta al nivel de motivación y a la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, a la creatividad y a la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto, adquiere una particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su

repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general (Granados, 2011)

Las personas en el desarrollo de su vida laboral, adoptan diversas actitudes que pueden ser positivas y negativas hacia su trabajo que dan muestra de la motivación y capacidad de disfrute del mismo. El trabajo puede definirse como un conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad, la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos obteniéndose algún tipo de compensación material, psicológica y /o social (Carrillo-García et al., 2015).

En el ámbito de la satisfacción laboral hay dos aspectos claramente diferenciados, un primer aspecto considera a las emociones como eje principal, mientras que el segundo resalta la importancia de las conductas y actitudes laborales y se puede deducir que la satisfacción laboral es el conjunto de emociones y actitudes que la persona experimenta hacia su trabajo (Carrillo et al., 2015).

El término está relacionado con la calidad de vida que tiene el trabajador, para el presente estudio, la calidad de vida que experimenta el personal de enfermería debe reflejarse en la satisfacción laboral que experimente, para lo cual se debe reflexionar en que el aumento de la esperanza de vida en nuestro país ha sido de hasta 15 años en cuatro décadas (INEI, 2015), y con ello se han incrementado las enfermedades crónicas que exigen atención para la prevención y para la rehabilitación, y con ello también la creación de centros de atención de larga estancia que requieren de profesionales especializados, de allí el compromiso de las organizaciones de velar por que este personal tenga una calidad de vida idónea.

En 1982, Pierre R. Turcotte definió la calidad de vida como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total. Afecta al nivel de motivación y a la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, a la creatividad y a la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto, adquiere una particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general

Sarabia-Cobo, Díez Saiz, San Millán Sierra, Salado Morales y Clemente Campo (2016), manifestaron que:

La calidad de vida laboral, es considerada como una variable valiosa en sí misma y debe ser un objetivo de la intervención organizacional, está relacionada con la satisfacción profesional; a ésta se la define como el grado de bienestar que experimenta la persona en relación al su trabajo o como un sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas; por tanto el trabajador requiere conseguir el desarrollo óptimo en la esfera profesional, personal y familiar para referirse a la Calidad de Vida Profesional (CVP) (Pogrányivá, López, Martínez, Fernández, & de Paz, 2011)

En las instituciones sanitarias las relaciones interpersonales con los pares, o con otros miembros del equipo de salud son complejas, sumada la atención directa al paciente, atención a la familia y cumplimiento de funciones generan una situación que puede desencadenar conflictos como consecuencia del desgaste emocional y convertirse en un acontecimiento estresante capaz de repercutir negativamente en la calidad de vida de los profesionales de la salud y muy especialmente del personal de enfermería. En una institución de

atención neurológica la exigencia de atención es demandante por los grados de dependencia de enfermería de la cual son portadores los pacientes, esta situación con lo anteriormente mencionado puede desencadenar estrés que compromete el desempeño productivo y la calidad de atención de enfermería así como, el equilibrio físico y emocional, convirtiéndose en riesgo laboral en desmedro de su calidad de vida profesional (Fernández et al., 2013).

Fernández et al. (2013) cita a la OMS al definir la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”; es decir la calidad de vida guarda una relación directa con el bienestar de la persona. Para medir la calidad de vida profesional se ha tomado el Cuestionario de CVP.

Patlán (2016) sostiene que la calidad de vida profesional “es el grado en que los empleados satisfacen una amplia gama de necesidades y expectativas personales (laborales y profesionales) importantes por medio de un trabajo” (p. 10). La calidad de vida profesional es importante porque representa el resultado de un conjunto de acciones y factores que repercuten en el estado de bienestar físico, mental y social del trabajador.

Turcote (1982, citado por Sarabia, et.al., 2016) definió a la calidad de vida como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total. Afecta al nivel de motivación y a la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, a la creatividad y a la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto, adquiere una particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general.

Incompetencia Profesional o Reducida Realización Profesional (INP).

Se refiere a la sensación de incompetencia, falta de realización y productividad en el trabajo. La expresión que mejor retrata este estado es el cuestionamiento que el profesional hace sobre su elección de profesión, poniendo en duda su aptitud para ejercerla. El individuo no se llena con el trabajo, se siente inadecuado personal y profesionalmente, comportamiento que afecta a sus habilidades para la realización del trabajo y el contacto con las personas, reduciendo drásticamente su productividad.

Cargas en el trabajo.

Hace referencia a la percepción del trabajador frente a las demandas del puesto de trabajo.

Motivación intrínseca.

Según Robbins y Judge (2009), la motivación “es el resultado de la interacción de los individuos con la situación (p. 175)”. Lo que significa que la motivación es el resultado de la acción de fuerzas activas o impulsoras.

Lo que es respaldado por Chiavenato (2007) cuando afirma que: “Ese impulso a la acción puede estar provocado por un estímulo externo (proveniente del ambiente) y también puede ser generado internamente por los procesos mentales del individuo” (p. 48). Aquí el autor se refiere a los tipos de motivación, es decir a la motivación extrínseca e intrínseca.

Ryan y Deci (citados por Arnold y Randall, 2012) definen la motivación intrínseca como “la realización de una actividad por sus satisfacciones inherentes (...) una persona actúa por la diversión o por el desafío que conlleva, en vez de por estímulos, presiones o recompensas externos” (p. 287).

La motivación intrínseca, se refiere a la motivación personal, debida a factores internos que determinan la necesidad, y por tanto, la conducta motivada dirigida a la satisfacción de actividades desarrolladas a nivel profesional.

Soporte emocional por parte de los directivos.

Referido al compromiso de los directivos de la institución con el trabajador para mejorar su calidad de vida recibiendo apoyo emocional por parte de ellos.

La Organización Internacional del Trabajo en el año 2000 planteó la importancia de elevar los niveles de la calidad de vida en las organizaciones, debido a que se ha comprobado que el espacio de trabajo no es un ambiente aislado de la sociedad y que lo que ahí ocurre es fundamental para el desarrollo de las capacidades e intereses de las personas” (Patlán, 2016).

No obstante, parece ser que las principales preocupaciones de las empresas están relacionadas con su desarrollo y con obtener una ventaja competitiva, sin embargo, han olvidado que uno de los activos más valiosos para la organización son sus recursos humanos.

1.3. Justificación

Según estudios actuales la prevalencia de estrés laboral es mayoritario en el personal de Enfermería porque es el profesional que brinda atención permanente (24 horas), al paciente siendo parte del equipo multidisciplinario; encargado de administrar cuidado humanizado.

Dávalos (2005) menciona a Hans Selye (1993) cuando define el estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante; así se ha considerado el ambiente físico de trabajo, los contenidos de puestos, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales, las rutinas reiterativas y monótonas, el ritmo de trabajo determinado por las máquinas, la carga de trabajo o responsabilidad excesiva, las exigencias insuficientes en relación con la capacidad del trabajador entre otras. Los signos e indicadores del estrés está dado por la: sensación general de insatisfacción ante la vida, bajo autoestima, tensión, preocupación, depresión, afecciones psicósomáticas (Méndez, 2015). Agrega además que el estrés laboral es un conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes

lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, puede afectar la salud del trabajador.

El síndrome de burnout que presenta el personal de enfermería es preocupante debido a la dotación insuficiente de personal; por lo general es una enfermera la encargada de brindar gestión de cuidado en dos servicios. Cabe señalar que en años anteriores una enfermera estaba a cargo del cuidado de pacientes hasta en 3 servicios, Asimismo, agregado al déficit y absentismo del personal de enfermería e insumos de bioseguridad limitados. La infraestructura del instituto no cuenta con las condiciones requeridas para la atención de pacientes de neurología o neurocirugía, cuenta con una baja iluminación, espacios que no cumplen con normas establecidas (1 a 1 ½ metro entre pacientes), es por ello que un número considerable del personal presentan problemas ergonómicos por inadecuada postura, recarga emocional, predisposición a accidentes de trabajo, teniendo como resultado el absentismo del personal de enfermería. La enfermera desarrolla una labor multifuncional, es decir realiza labor asistencial, administrativa, docencia e investigación, a esta problemática se suma la falta de reactivos de laboratorio, tomógrafo inoperativo, las relaciones interpersonales, entre otros.

La finalidad de esta investigación Estrés Laboral y Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017. Es analizar los factores que desencadena situaciones de estrés debido al agotamiento emocional, desgaste profesional, calidad de vida laboral, factores de motivación, baja realización personal en el trabajo e interacción conflictiva en un Servicio de Neurología –Primer Trimestre 2017.

Realidad problemática

Turcote (1982, citado por Sarabia et.al., 2016) definió la calidad de vida como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de lograr una mayor congruencia en su espacio de vida total. Afecta al nivel de motivación y a la capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, a la creatividad y a la voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Por tanto,

adquiere una particular importancia, la valoración de las condiciones laborales y su repercusión física y mental en el individuo, lo que debe considerarse como una valiosa herramienta para evaluar la actividad profesional y la vida personal en general.

Durante los últimos años, se ha desarrollado un creciente interés por el estudio del estrés y de los factores psicosociales relacionados con el trabajo debido a la repercusión que éstos pueden tener sobre la salud de los trabajadores (Mamani, Uribe y Vivanco, 2007). Entre los efectos negativos que el estrés laboral tiene sobre el individuo se pueden citar diversos trastornos, tanto físicos como psíquicos o conductuales, que a su vez pueden dar lugar a problemas a nivel colectivo como aumento del absentismo laboral, disminución de la calidad del trabajo realizado y de la productividad (Más, 1998).

Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores. Entre ellos cabe citar: los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad de rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional sanitario, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo, etc. (Mamani 2007).

La mejora de las condiciones de vida de los trabajadores de salud, en especial de las enfermeras debería ser un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular dado que es imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por consiguiente, la mejor calidad de los servicios prestados. Diferentes estudios demuestran la relación entre la satisfacción laboral de los profesionales y el grado de calidad de los cuidados prestados. También hay relación entre la insatisfacción y absentismo, accidentes

laborales, agresividad, cambios en el puesto de trabajo así como su incidencia directa en el nivel de estrés laboral y su percepción de la calidad de vida profesional.

El estrés se puede considerar patología laboral emergente con especial incidencia en el sector servicios y mayor riesgo en actividades que demandan dedicación personalizada. Se entiende por factor estresante o estresor cualquier estímulo capaz de provocar una respuesta de estrés, siendo el estrés esa misma respuesta o reacción a un estresor. Dentro de las Ciencias de la Salud, Enfermería se considera una profesión estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos que parecen estar relacionados con el estrés, que a su vez se asocia con insatisfacción laboral, accidentes laborales, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión. Sin embargo, las causas más comunes de estrés encontradas en la literatura se relacionan con aspectos psicológicos y no parece existir impacto del estrés laboral sobre la actividad asistencial, siendo la información más escasa en unidades médicas que en unidades de pacientes críticos o urgentes.

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España (Del Río y Perezagua, 2003, p. 36) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez Del Castillo, 2006).

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

En Perú, estudios efectuados por Quiroz y Saco (2003) en la investigación "Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco", determinaron que el síndrome burnout bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital.

Los profesionales en este sector deben a menudo emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional, la cual es necesario controlar cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta en forma eficiente. En muchos casos, estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan estrés mal adaptativo.

Las enfermeras se desempeñan en áreas intrahospitalarias, dentro de ellas, en los ámbitos: asistencial, gestión, educación e investigación. El cuidado de la persona con necesidades es su principal prioridad, involucrándose no solo con el paciente, sino que además con la familia, asociando tiempo, energía y sentimientos. Es catalogada como la cuarta profesión más estresante.

Se realizó la presente investigación en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, cuenta con 112 enfermeras, encargados de brindar cuidado integral y humanizado en 14 servicios de salud, cuya capacidad hospitalaria oscila entre 13 a 28 camas por servicio, con pacientes de grados de dependencia III y IV; en el cual una enfermera ejerce función administrativa, una a dos enfermera desempeñan labor asistencial dependiendo de la complejidad de atención en el servicio. Las enfermeras asistenciales del instituto en mención son programadas en turnos diurnos y nocturnos.

A esta problemática se suma la insuficiente dotación de personal, descanso médicos, descanso pre y post natales, vacaciones, imprevistos personales o familiares, etc., las licenciadas de enfermería constantemente experimentan situaciones de estrés tales como agotamiento físico, psicológico, emocional y hasta algunas expresan sentimiento de impotencia, problemas de interrelación con el personal de su entorno, falta de reglas de educación, entre otras, sin embargo y pese a estos problemas logran satisfacer el cuidado de los pacientes.

1.3.2. Formulación del problema general

La situación descrita anteriormente nos induce a plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout y calidad de vida profesional en enfermería en un instituto de enfermedades neurológicas?

1.4. Hipótesis

Hipótesis General

Existe una relación significativa entre el síndrome de burnout y calidad de vida profesional en enfermería en un instituto de enfermedades neurológicas.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 1

Existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un instituto de enfermedades neurológicas.

Hipótesis Específica 2

Existe una relación significativa entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un instituto de enfermedades neurológicas.

Hipótesis Específica 3

Existe una relación significativa entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un instituto de enfermedades neurológicas.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

1.5.2. Objetivos específicos

1.5.2. Objetivo específico 1

Determinar la relación entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

1.5.2. Objetivo específico 2

Determinar la relación entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

1.5.2. Objetivo específico 3

Determinar la relación entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

2.1.1 Síndrome de Burnout

Definición conceptual

Dávalos (2005) menciona a Hans Selye (1993) cuando define el estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante; así se ha considerado el ambiente físico de trabajo, los contenidos de puestos, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales, las rutinas reiterativas y monótonas, el ritmo de trabajo determinado por las máquinas, la carga de trabajo o responsabilidad excesiva, las exigencias insuficientes en relación con la capacidad del trabajador entre otras. Los signos e indicadores del estrés está dado por la: sensación general de insatisfacción ante la vida, bajo autoestima, tensión, preocupación, depresión, afecciones psicósomáticas (Méndez, 2015). Agrega además que el estrés laboral es un conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de este, puede afectar la salud del trabajador.

Síndrome de Burnout.

Conjunto de signos y síntomas psicológicos que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral, caracterizados por tres dimensiones: desgaste emocional o agotamiento, despersonalización o ceticismo e incompetencia profesional o reducida realización personal (Grazziano & Ferraz Bianchi, 2010). El burnout está relacionado a la actividad profesional y el ambiente en que es ejecutado y no a la profesión ejercida.

Definición operacional

Es el puntaje obtenido por el personal nombrado y contratado en el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

2.1.2. Calidad de Vida Profesional

Definición conceptual

La calidad de vida profesional “es la percepción del individuo sobre su trabajo y las posibilidades que ofrece el empleo y la organización para satisfacer una amplia gama de necesidades y expectativas personales importantes, en especial, en el ámbito laboral y profesional, mediante un trabajo creativo, saludable y seguro, clave para la realización personal, familiar y social del trabajador, y como un medio para preservar la salud y la economía del trabajador” ((Patlán, 2016, p. 10)

2.2. Operacionalización de variables

Definición operacional

Operacionalización de la variable Síndrome de Bournet

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional laboral. • Vacío al terminar mi trabajo • Fatiga al levantarme e ir al trabajo. • Frustración en mi trabajo. • Cansancio al trabajar. • Me siento frustrado. • Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. • Trabajar con la gente me cansa. • Al límite de mis posibilidades. 	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Todos los días=6	Alto
			Pocas veces a la semana=5	
Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> • Trato al paciente como objeto impersonal. • Me he hecho más duro con la gente. • Mi trabajo me endurece emocionalmente. • No me importa lo que le ocurra a mis pacientes. 	5,10, 11, 15, 22	Una vez a la semana=4	Medio
			Pocas veces al mes=3	
			Una vez al mes o menos=2	
Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> • Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas. • Entiendo fácil a los pacientes. • Trato eficaz a los pacientes. • Brindo influencia positiva a través de mi trabajo. • Trabajo con mucha energía. • Clima agradable con mis pacientes. • Me siento estimado después del trabajo. • Consigo cosas valiosas en el trabajo. • Los problemas emocionales se tratan adecuadamente. 	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Pocas veces al año o menos=1	Bajo
			Nunca=0	

Es el puntaje obtenido por el personal nombrado y contratado en el cuestionario por el Cuestionario de CVP.

Tabla 2

Operacionalización de la variable Calidad de vida profesional

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
Apoyo Directivo	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción con el tipo de trabajo. Satisfacción con el sueldo Posibilidad de promoción Reconocimiento de mi esfuerzo Apoyo de mis jefes Apoyo de mis compañeros Posibilidad de ser creativo Recibo información de los resultados de mi trabajo Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto Tengo autonomía o libertad de decisión Variedad en mi trabajo Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas. 	2, 3, 4, 5 10, 11, 14 16, 20, 22 23, 28, 30	Mucho= 9 y 10	Alto
Carga de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de trabajo que tengo Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo Conflictos con otras personas de mi trabajo Falta de tiempo para mi vida personal Incomodidad física en el trabajo Carga de responsabilidad Interrupciones molestas Estrés (esfuerzo emocional) Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud. 	1, 6, 7, 8 17,18,19, 21 24, 25, 33	Bastante = 6,7 y 8 Algo= 3,4 y 5	Medio
Motivación Intrínseca	<ul style="list-style-type: none"> Motivación (ganas de esforzarme) Apoyo de mi familia Ganas de ser creativo Desconecto al acabar la jornada laboral. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual Mi trabajo es importante para la vida de otras personas Lo que tengo que hacer queda claro Me siento orgulloso de mi trabajo Apoyo de los compañeros (en el caso de responsabilidades directivas) 	9, 12, 13 15, 26, 29 29, 31, 32 35	Nada = 1 y 2	Bajo
Calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida de mi trabajo 	34		

2.3. Metodología

Es hipotético deductivo, debido a que se realizó una observación para determinar el problema de la investigación, el cual conlleva a la elaboración de la hipótesis. Por consiguiente, se realizarán deducciones a partir del resultado de la hipótesis.

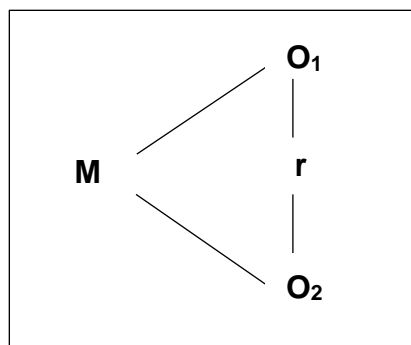
El método hipotético deductivo “es el camino lógico para buscar la solución a los problemas que nos planteamos. Consiste en emitir hipótesis acerca de las posibles soluciones al problema planteado y en comprobar con los datos disponibles si estos están de acuerdo con aquéllas” (Cegarra, 2011, p. 82).

2.4. Tipo de estudio

Según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2010), el tipo de investigación es básica, de enfoque cuantitativo y de nivel descriptivo correlacional, ya que se centra en estudiar y contribuir en el análisis de un problema, describir y establecer la relación entre las variables 1 y variable 2, no existiendo manipulación de las variables, las mismas que buscan medir la relación existente entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional.

2.5. Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es no experimental, porque “es una investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que hacemos es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p. 149). Y de corte transversal, es decir, “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández et al., 2010, p. 151).



En el cual:

M = Muestra (Personal de enfermería de un Instituto Especializado en Neurología)

O1 = Variable 1 (Síndrome de Burnout)

O2 = Variable 2 (Calidad de Vida Profesional)

r = Coeficiente de correlación lineal entre ambas variables.

2.6. Población, muestra y muestreo

2.6.1. Población

Según Hernández et al. (2014) la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de características, en tal sentido se debe establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales. Así mismo las poblaciones deben ubicarse notoriamente por sus características de contenido, lugar y tiempo (p. 174).

La población que se toma en el presente estudio está conformado por todas las licenciadas en enfermería de un instituto de enfermedades neurológicas que totalizan 110 sujetos de estudio.

Distribución de la población

Personal	Población	%
Personal nombrado	96	87%
Personal CAS	14	13%
Total	110	100%

Fuente: Departamento de Enfermería

En la siguiente tabla se reporta la cantidad de la población ascendente a 110 sujetos, que incluyó al personal de Enfermería, con la modalidad laboral de nombrado y Cas, excluyendo al personal con el régimen laboral de terceros.

Criterios de inclusión

- Personal de Enfermería conformado por Enfermeras/os nombradas y bajo la modalidad de contrato CAS.

Criterios de exclusión

- Personal de Enfermería conformado por Enfermeras/os bajo la modalidad de contrato por Terceros.

2.6.2. Muestra

Teniendo como referencia el análisis teórico, se concuerda con Hernández, Fernández y Baptista (2014) la muestra “es un subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos” (p. 175) en el presente estudio se realiza el cálculo de la población considerándose que se trata de una muestra aleatoria simple:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{\varepsilon^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

ε = Margen de error permitido

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad de ocurrencia del evento

q = Probabilidad de no ocurrencia del evento N = Tamaño de la población

n = Tamaño óptimo de la muestra.

Z² = 1,96²

N = población = 110 p = 0,5

q = 0,5

ε = 0,05

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(110)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(109) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 86$$

La muestra quedó conformada por 86 licenciadas de Enfermería de un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

2.6.3. Muestreo

La selección del tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta el método muestreo aleatorio simple, puesto que todos los sujetos pertenecientes a la población presentan la misma probabilidad de ser elegidos para la investigación, previo consentimiento informado.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos.

En el presente estudio se hizo uso de la técnica de la encuesta, por la modalidad de estudio y el tiempo de aplicación, al respecto se utilizó el instrumento cuestionario. En tal sentido, de acuerdo con Hernández et al. (2014) la encuesta es el procedimiento

adecuado para recolectar datos a grandes muestras en un solo momento, por tanto, en este estudio se aplicó dicha técnica debido a que se trabajó con una muestra de 86 sujetos considerado según los criterios de inclusión a las licenciadas de Enfermería Nombradas y Cas de un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

Instrumentos de recolección de datos

Para la variable Síndrome de Burnout se utilizará el cuestionario Maslach Burnout Inventory - HS:

Este instrumento es creado por Maslach y Jackson en 1981 y revisado por última vez por Seisdedos en 1997 en Costa Rica. Este instrumento es de origen Español, tiene validación en el Perú, ya que ha sido utilizado en su versión validada en español en varias investigaciones, y en países como España, Chile y México, además se ha usado en Argentina, Cuba y Bolivia. Su objetivo es obtener evidencias de validez factorial para el Maslach Burnout Inventory (MI). Consta de 22 ítems y en él se pueden diferenciar y medir los tres factores o dimensiones que conforman el SBO: (Agotamiento emocional, Despersonalización y falta de realización personal).

Por medio del cuestionario Maslach, que de forma autoaplicada mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos. Se consideran puntuaciones o criterios de calificación como bajo, medio y alto. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. En este instrumento se realiza el análisis factorial a través del coeficiente de Kaiser – Mayer – Okin y el test de esfericidad de Bartlett y rotación varimax. Para la confiabilidad se utiliza la estadística de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson.

La Escala de Maslach deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Validación y confiabilidad

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

Cuestionario de Calidad de Vida Profesional

Para la variable calidad de vida profesional se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional.

Es un instrumento validado, fiable y operativo por expertos en atención primaria, sin embargo, se puede adaptar a las necesidades de cada estudio. Las pruebas utilizadas para analizar los datos recogidos son las detalladas en el proyecto, mediante descripción de las variables cuantitativas y cualitativas.

Así mismo se utilizó el cuestionario que consta de 35 ítems.

La escala de calidad de vida profesional deberá responder a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Algo			Bastante			Mucho	

2.7.1. Validación y confiabilidad del instrumento

Validez de contenido

En este estudio la validez de contenido, es el grado en que una medición empírica es reflejo de un área específica de contenido, se evaluó a través de los siguientes aspectos cualitativos: una exhaustiva revisión de literatura y la revisión del instrumento por parte de investigadores expertos. Asimismo, la ficha de recolección de datos, es elaborada por el mismo investigador, siendo sometida a criterios de validez del contenido por 3 jueces expertos (juicio de expertos), magísteres en el área de investigación y salud neurológica.

Confiabilidad del instrumento

Se calculó la confiabilidad de consistencia interna del instrumento, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, en el cual el resultado se aprecia en el apéndice x. Se aprecia que el coeficiente de confiabilidad del cuestionario de aprendizaje organizacional está por encima de 0.96, por lo tanto se considera al instrumento confiable.

Análisis de confiabilidad

Alfa de	
Cronbach	N de elementos
,954	35

2.8. Métodos de análisis de datos

Para la recogida y análisis de los datos se utilizó el programa Excel y el paquete estadístico SPSS v. 23. Cada respuesta se codificó con la finalidad de poder analizarlas y posteriormente interpretarlas con un orden establecido.

Análisis descriptivo: Para procesar los resultados se codificó y tabuló la información, organizándose en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, gráfico de barras, y análisis de correlación de acuerdo a las variables de estudio.

Se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión, de posición.

Análisis inferencial: Se realizó análisis de correlación para medir el grado de relación, asociación y dependencia entre las variables. Para ello se utilizó el Coeficiente de Spearman.

III. Resultados

3.1. Descripción de resultados

3.1.1 Síndrome de Burnout

Tabla 1

Distribución de frecuencia de la variable Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	3	3,5
Medio	82	95,3
Alto	1	1,2
Total	86	100,0

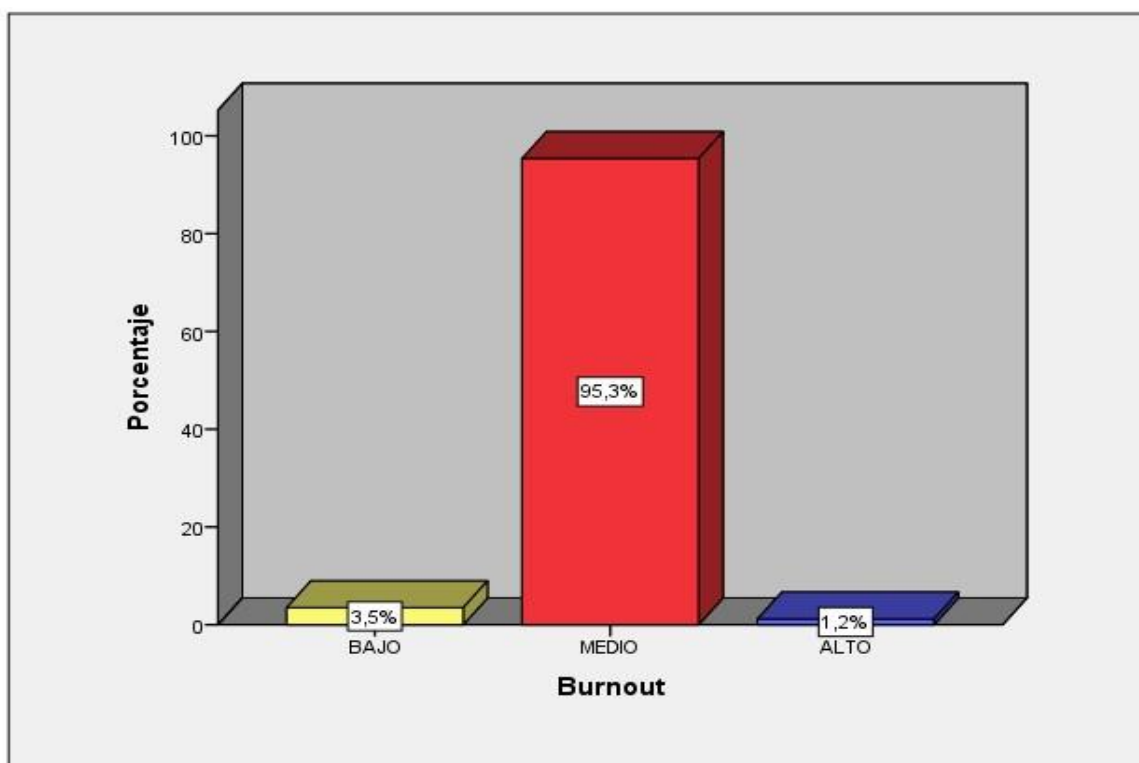


Figura 1. Distribución de frecuencia de la variable

La figura 1 muestra que el 95,3% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de síndrome de burnout, mientras que un 3,5% tiene un nivel bajo y un 1,2% un nivel alto. Predominando el nivel medio de estrés en el personal de enfermería en un Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

3.1.2 Dimensiones Síndrome de Burnout

Tabla 2

Distribución de frecuencia de la dimensión Agotamiento emocional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	37	43,0
Medio	48	55,8
Alto	1	1,2
Total	86	100,0

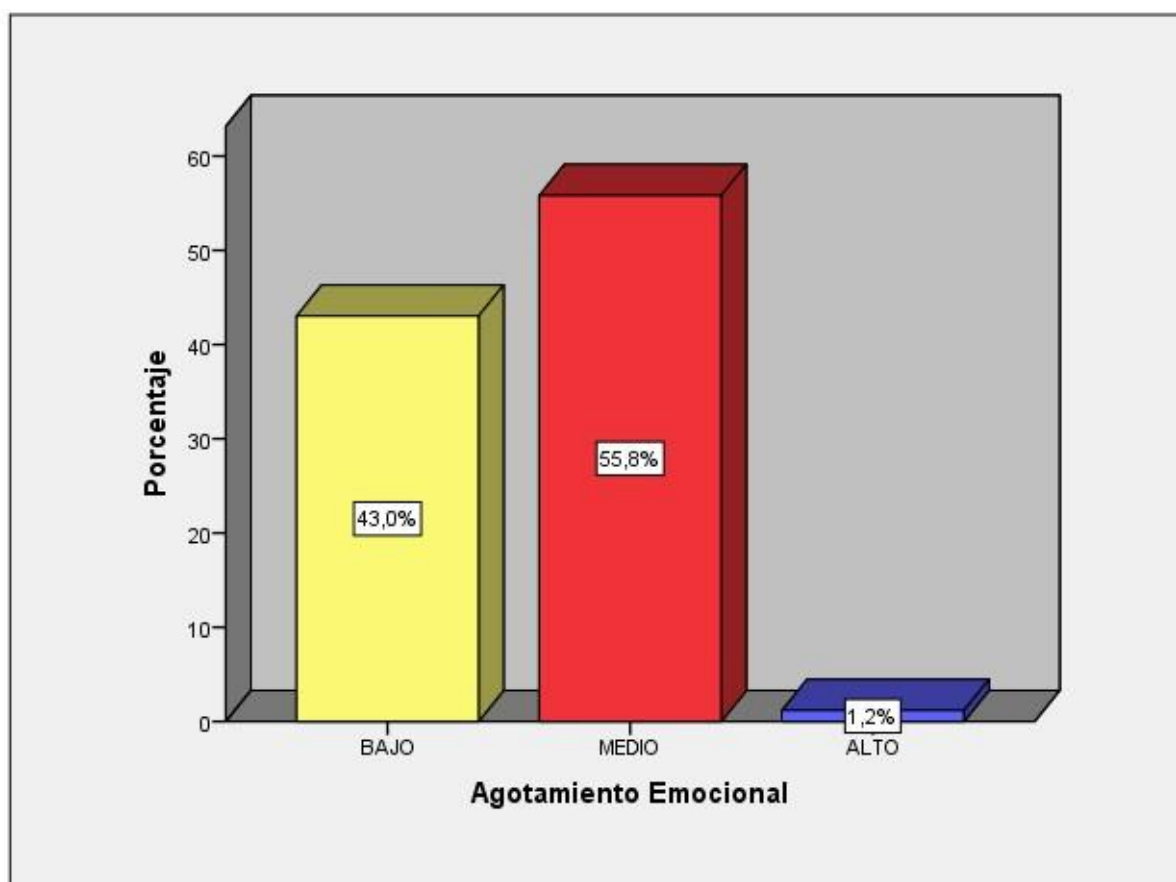


Figura 2. Distribución de frecuencia de la dimensión Agotamiento emocional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 2 muestra que el 55.8% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de agotamiento emocional, el 43.0% un nivel bajo y un 1.2% un nivel alto. Predominando un agotamiento emocional de nivel medio a bajo en el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Tabla 3

Distribución de frecuencia de la dimensión Despersonalización en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	35	40,7
Medio	38	44,2
Alto	13	15,1
Total	86	100,0

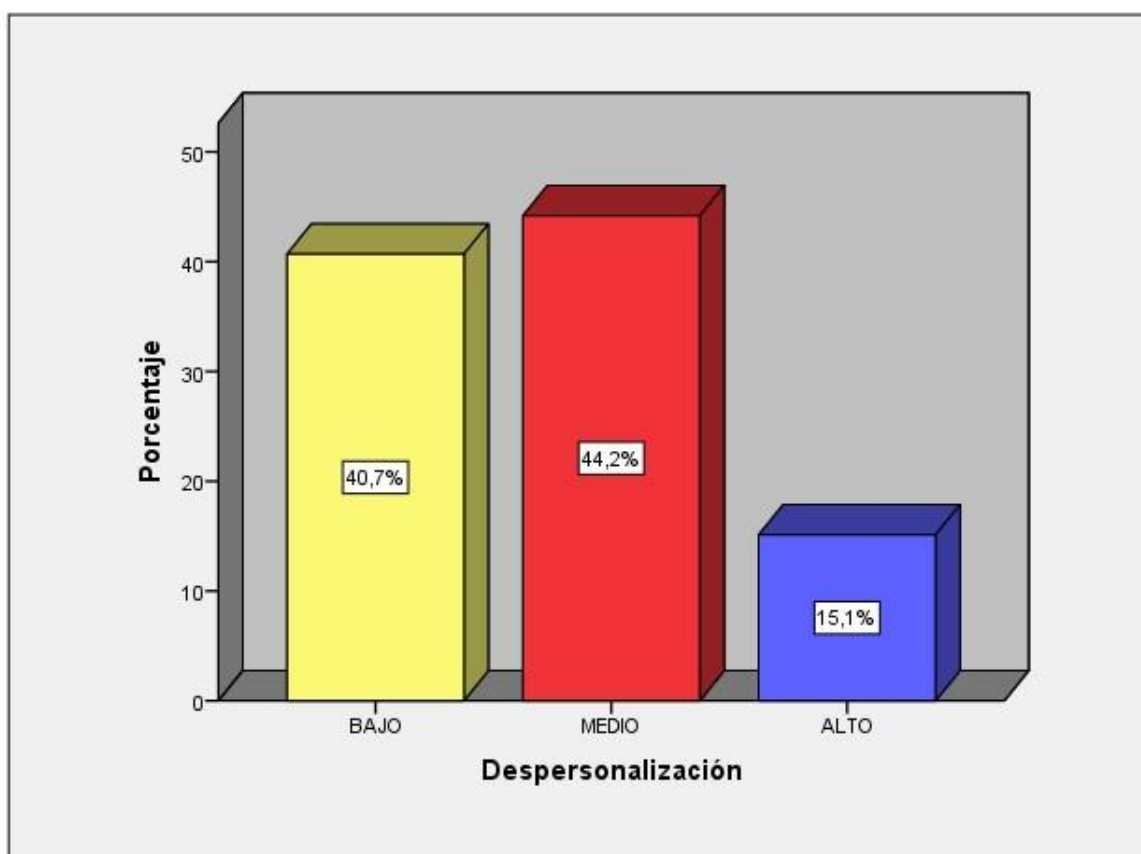


Figura 3. Distribución de frecuencia de la dimensión Despersonalización en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 3 muestra que el 44.2% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de despersonalización, el 40.7% un nivel bajo y un 15.1% un nivel alto.

Tabla 4

Distribución de frecuencia de la dimensión falta de la realización personal en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Medio	68	79,1
Alto	18	20,9
Total	86	100,0

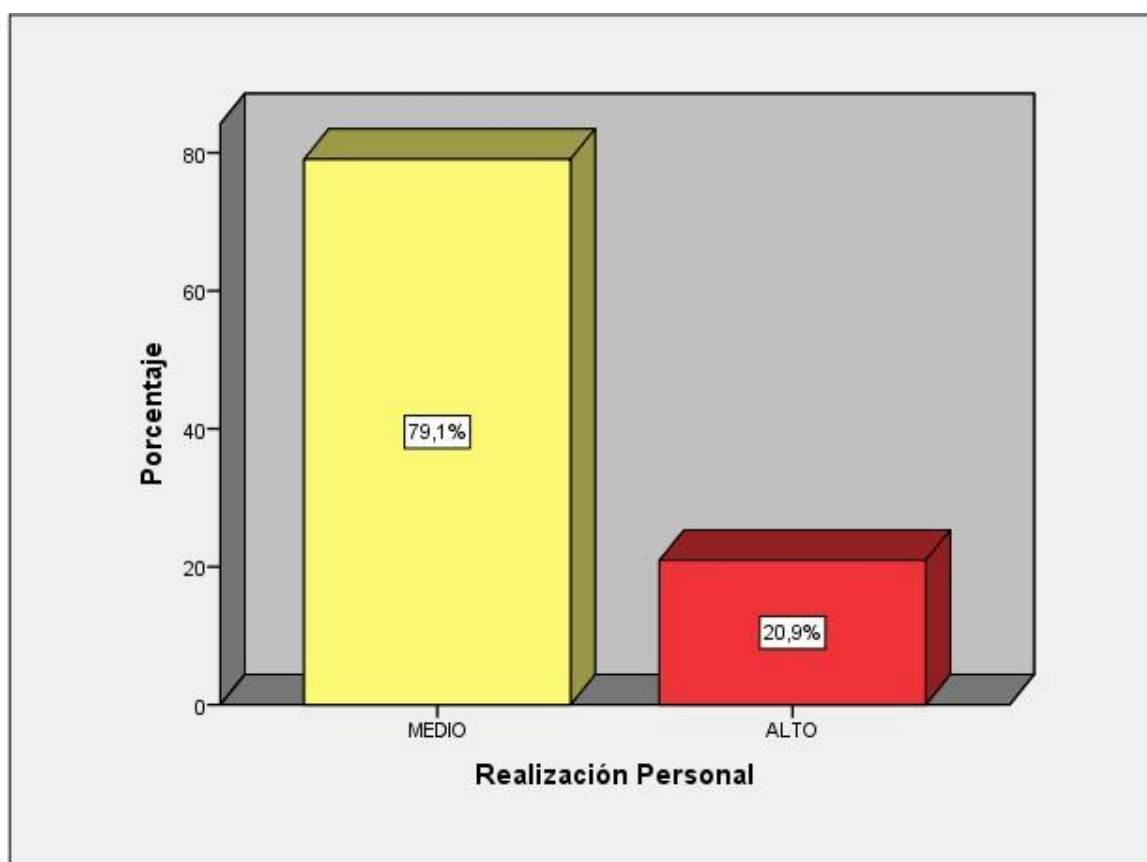


Figura 4. Distribución de frecuencia de la dimensión falta de la realización personal en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 4 muestra que el 79.1% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de falta de realización personal y el 20.9% un nivel alto. Predominando el nivel medio de falta de realización personal en el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

3.1.3 Calidad de vida profesional

Tabla 5

Distribución de frecuencia de la variable Calidad de Vida Profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	7	8,1
Medio	58	67,4
Alto	21	24,4
Total	86	100,0

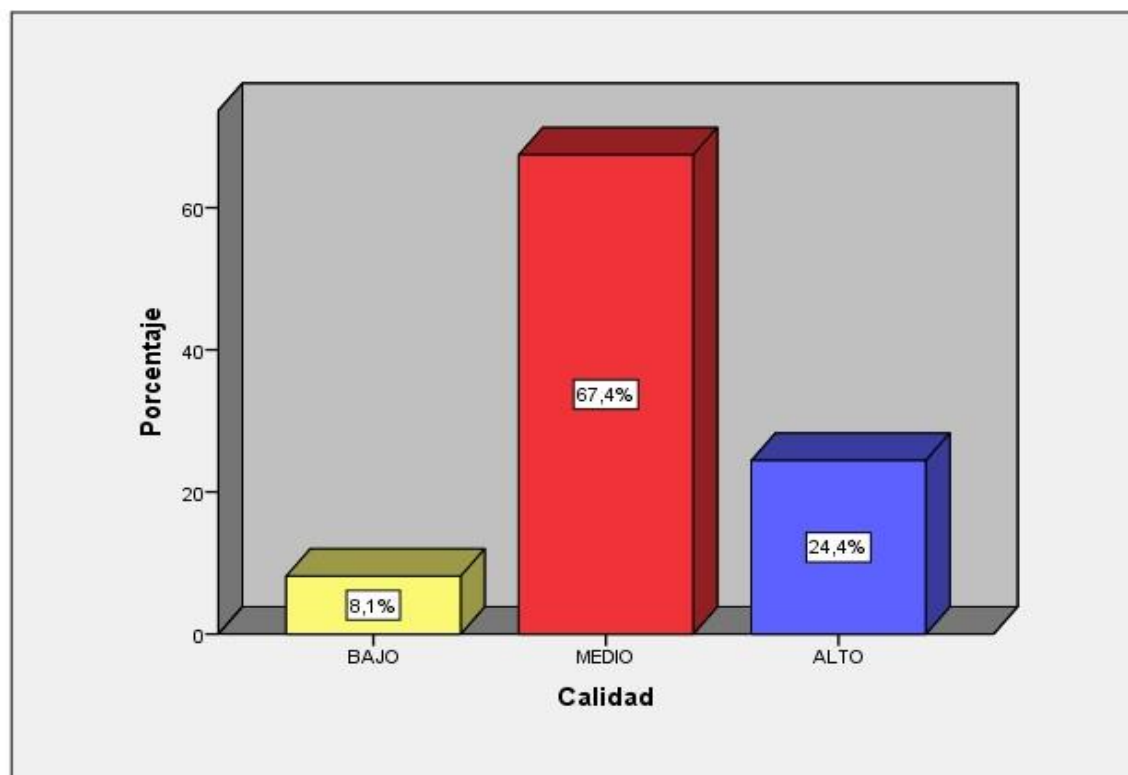


Figura 5. Distribución de frecuencia de la variable Calidad de Vida Profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 5 muestra que el 67.4% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de calidad de vida profesional, mientras que el 24.4% tiene un nivel alto y solo un 8.1% un nivel bajo. Predominando el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017. Un nivel medio de Calidad de vida profesional.

3.1.4 Dimensiones Calidad de Vida Profesional

Tabla 6

Distribución de frecuencia de la dimensión apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	22	25,6
Medio	55	64,0
Alto	9	10,5
Total	86	100,0

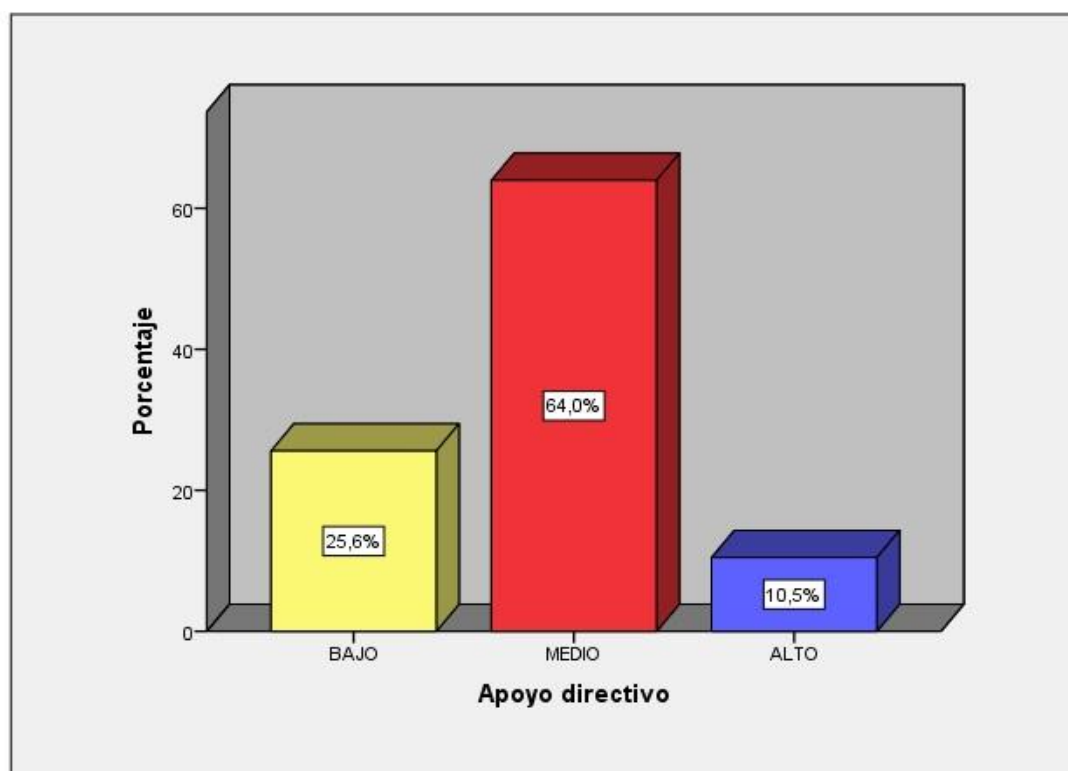


Figura 6. Distribución de frecuencia de la dimensión apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 6 muestra que el 64.0% de las enfermeras encuestadas opina que tiene un nivel medio de apoyo directivo, el 25.6% un nivel bajo y un 0.5% un nivel alto. Predominando el nivel medio de apoyo directivo en el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Tabla 7

Distribución de frecuencia de la dimensión cargas de trabajo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	15	17,4
Medio	47	54,7
Alto	24	27,9
Total	86	100,0

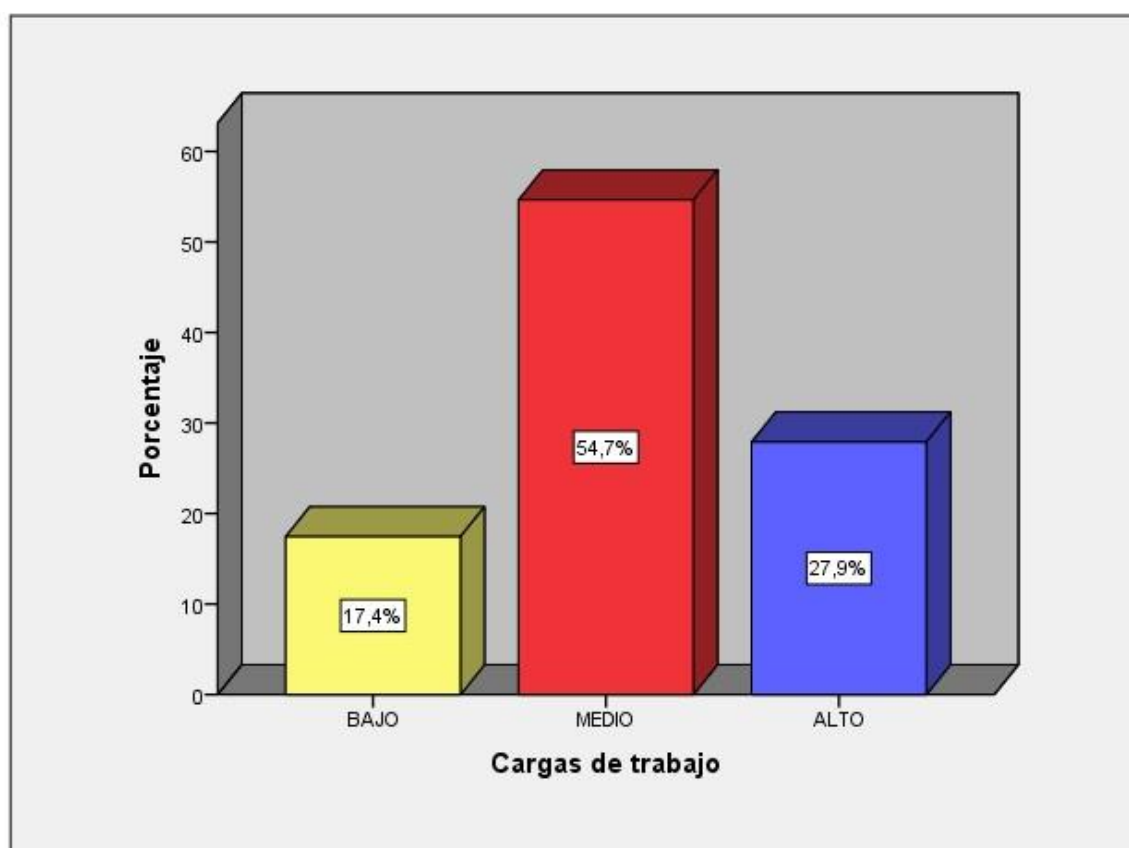


Figura 7. Distribución de frecuencia de la dimensión cargas de trabajo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 7 muestra que el 54.7% de las enfermeras encuestadas opina que tiene un nivel medio de cargas de trabajo, el 27.9% un nivel alto y un 17.4% un nivel bajo. Predominando el nivel medio de carga laboral en el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas

Tabla 8
Distribución de frecuencia de la dimensión motivación intrínseca en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Bajo	3	3,5
Medio	32	37,2
Alto	51	59,3
Total	86	100,0

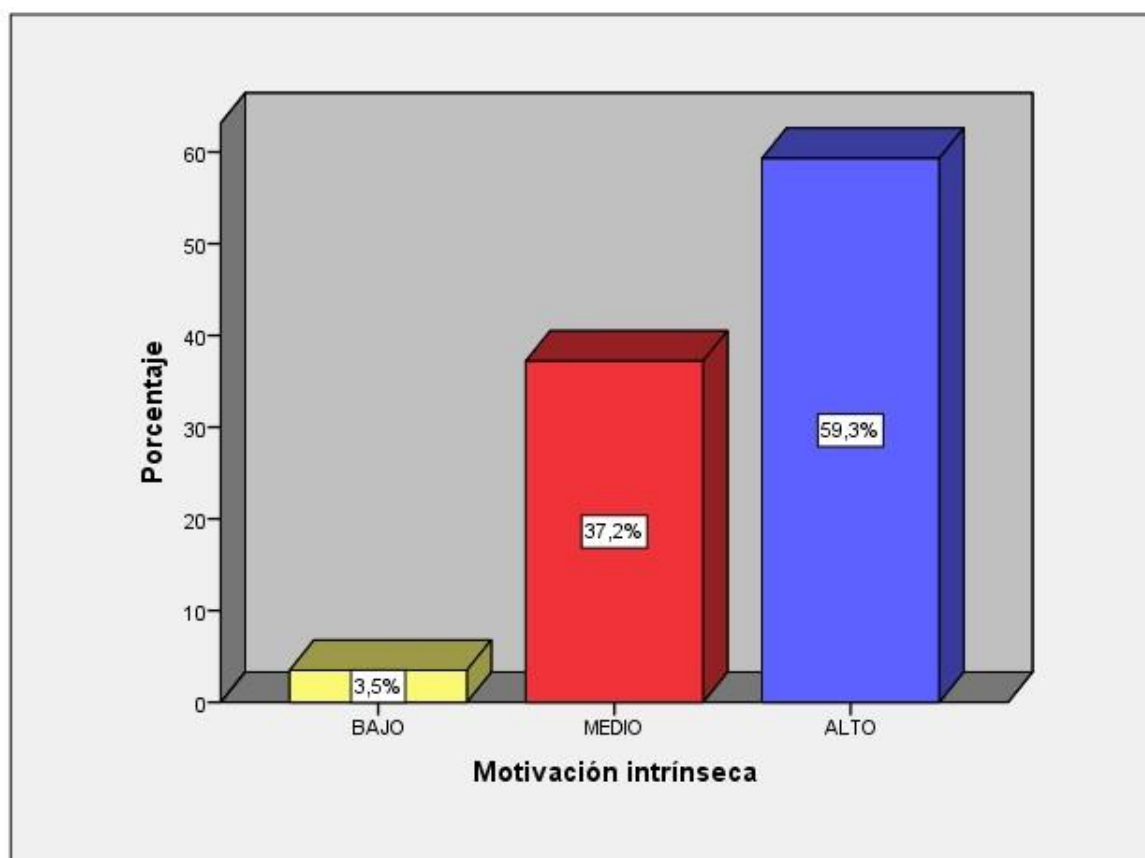


Figura 8. Distribución de frecuencia de la dimensión motivación intrínseca en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

La figura 8 muestra que el 59.3% de las enfermeras encuestadas presenta un nivel alto de motivación intrínseca, mientras que un 37.2% un nivel medio y un 3.5% un nivel bajo. Predominando el nivel alto de motivación intrínseca el personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

3.2. Contraste de hipótesis

3.2.1 Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional

Hipótesis general (H1)

Existe una relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto *de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017*

Hipótesis nula (Ho):

No existe una relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto *de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017*

Tabla 9

Correlación entre Síndrome de Burnout y Calidad de vida profesional en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

			Síndrome de Burnout	Calidad de vida profesional
Rho de Spearman	Síndrome de Burnout	Coeficiente de correlación	1,000	-,738
		Sig. (bilateral)	.	,030
		n	86	86
	Calidad de vida profesional	Coeficiente de correlación	-,738	1,000
		Sig. (bilateral)	,030	.
		n	86	86

Regla de decisión: $p < 0,05$ Se rechaza Ho

Como se aprecia en la tabla 9 se obtuvo un valor $p = ,030$ que es menor al nivel previsto de $\alpha = 0,05$ con el cual se rechaza la hipótesis nula. Se confirma que existe relación significativa inversa (Rho = -0.738, P valor = 0.030 < 0,05) entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis nula (Ho)

No existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Tabla 10

Correlación entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Rho de Spearman	Agotamiento Emocional	Coefficiente de correlación	Agotamiento Emocional 1,000	Apoyo directivo -,097
		Sig. (bilateral)	.	,374
		n	86	86
	Apoyo directivo	Coefficiente de correlación	-,097	1,000
		Sig. (bilateral)	,374 .	
		<u>n</u>	<u>86</u>	<u>86</u>

Regla de decisión: $p < 0,05$ Se rechaza Ho

Interpretación

Como se aprecia en la tabla 10 se obtuvo un valor $p = ,374$ que es mayor al nivel previsto de $\alpha = 0,05$ con el cual se acepta la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que no existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis específica 2

Existe una relación significativa entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis nula (Ho):

No existe una relación significativa entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Tabla 11

Correlación entre Despersonalización y la carga de trabajo en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

		Carga de		
		Despersonalización		trabajo
Rho de Spearman	Despersonalización	Coefficiente de correlación	1,000	,323**
		Sig. (bilateral)	,002	n 86
	Carga de trabajo	Coefficiente de correlación	,323**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	
		n	86	86

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

Regla de decisión: $p < 0,05$ Se rechaza Ho

Interpretación

Como se aprecia en la tabla 11 se obtuvo un valor $p = ,002$ que es menor al nivel previsto de $\alpha = 0,05$ con el cual se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe relación significativa inversa entre la despersonalización y la carga de trabajo en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis específica 3

Existe una relación significativa entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Hipótesis nula (H₀):

No existe una relación significativa entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

Tabla 12

Correlación entre la falta realización personal y la motivación intrínseca en enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

		Falta de realización Personal		Motivación intrínseca
Rho de Spearman	Realización Personal	Coeficiente de correlación	1,000	-,324**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		n	86	86
	Motivación intrínseca	Coeficiente de correlación	-,324**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002 .	.
		n	86	86

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

Interpretación

Como se aprecia en la tabla 12 se obtuvo un valor $p = ,002$ que es menor al nivel previsto de $\alpha=0,05$ con el cual se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe relación significativa inversa entre la falta de realización personal y la motivación intrínseca en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas. Lima, 2017

IV. Discusión

En la actualidad, una de las principales preocupaciones desde la gestión de los recursos humanos es mejorar la calidad de vida profesional de las personas en sus respectivos puestos de trabajo.

“El surgimiento de la calidad de vida en el trabajo obedece a la necesidad de humanizar los espacios de trabajo, democratizar los entornos laborales, diseñar puestos de trabajo con autonomía y más ergonómicos, con condiciones de trabajo seguras y saludables, y con oportunidades de desarrollo laboral para los trabajadores” (Patlán, 2016, p. 10). La calidad de vida profesional es un aspecto relevante para la vida laboral de todos los trabajadores.

Desde esta premisa, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida profesional, participando 86 enfermeras de un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

Los resultados confirmaron la hipótesis general planteada, es decir, que existe relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería de un Instituto de Enfermedades Neurológicas ($p=0,030$; $r=-0.738$). Resultados que son similares al obtenido por Gonzales y Sandoval (2015), en su estudio Calidad de Vida Profesional y el Síndrome de Burnout en las enfermeras del Hospital María Auxiliadora, quienes mostraron que la correlación de las variables de estudio calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout tuvo un valor de correlación general de $r=-0,769$, con un valor $p<0,01$, resultados que muestra una relación estadísticamente significativa e inversa.

Asimismo, Flores, Jenaro, Cruz, Veja y Pérez (2013) en su investigación titulada Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios, evidenció que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto de la ausencia de burnout, es decir existe una relación inversa entre las dos variables.

Por su parte Muñoz (2014) realizó la investigación Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de referencia para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería y su relación con variables sociodemográficas. Se estudió a 174 enfermeras(os), utilizando como instrumento el MBI (Maslach Burnout Inventory). Resultados: La prevalencia de Burnout fue del 20.1% (IC 95%: 13,9 26,4) y además el 52,3% están a riesgo de padecerlo. Quienes afirmaron

ser solteros/viudos/separados, las profesionales de enfermería, los que al momento de la encuesta tenían una vinculación temporal o de supernumerario, quienes laboraban en servicios administrativos/oncología/camillero/esterilización y los 11 hombres y aquellos que afirmaron tener más de un contrato, fueron quienes presentaron indicadores de la proporción de Burnout mayores del 20,1%. En el análisis multivariado, los factores conjuntos que probablemente tienen mayor incidencia en la presencia del Burnout son el número de hijos y ser hombre. Concluyendo que, con respecto a otros estudios, este estudio revela que la prevalencia del síndrome de Burnout en el hospital de referencia es mayor.

En cambio, si se aceptaron la hipótesis específica dos y tres. Es decir, existe relación significativa entre la despersonalización y la carga de trabajo ($p=0,002$; $r=-0,323$) y la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas ($p=0,002$; $r=-0,324$), la cual es inversa.

Ampliando los resultados, con respecto al síndrome de burnout se evidenciaron un nivel medio en el 95.3% de las enfermeras encuestadas, lo que se reflejó en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que también tuvieron un nivel medio.

Haciendo una comparación con otros estudios, se encontró que Menor Segura et.al. (2015), en su investigación Factores estresores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de UCI de hospitales de EsSalud nivel III-2, Lima-Metropolitana, coincide con los hallazgos de esta investigación, ya que demostró que la mayoría de las enfermeras presenta factores estresores en nivel medio. Consecuentemente, se destaca la dimensión “despersonalización” con nivel alto, mientras que en “realización personal” el nivel medio y bajo.

Otro estudio con similar resultado es el de Ayala (2013) quien en su investigación Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, mostró que en su mayoría los profesionales de enfermería tienen un nivel medio de síndrome de burnout.

La otra variable analizada en el estudio fue Calidad de vida profesional, mostrando un nivel medio a alto en la mayoría de las enfermeras de un Instituto de Enfermedades Neurológicas, nivel que se reflejó en consecuencia en sus

dimensiones analizadas: apoyo directivo, cargas de trabajo y un nivel alto en la motivación intrínseca del personal de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.

Contrastando estos resultados con los obtenidos Caballero, Contreras, Vega y Gómez (2017) en la investigación Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en el personal asistencial de una institución de salud de segundo nivel, analizaron la relación entre ambos constructos. Estudio con una muestra de 62 trabajadoras asistenciales. Los resultados mostraron una severidad alta y moderada del síndrome en el 38.7% de los trabajadores, sin embargo, se mostró un alto nivel de realización personal que junto con la motivación intrínseca se constituyen en factores protectores ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. Concluyendo que es necesario una gestión de los recursos humanos que tenga como base la salud de las personas que laboran en sus instituciones.

Al respecto Gonzáles (2006) afirma que la motivación intrínseca está vinculada a las “características de los elementos de las tareas a realizar” (p.79). Es decir, la motivación intrínseca, es aquella en la que la acción es un fin en sí mismo y no pretende ningún premio o recompensa exterior a la acción. El trabajador se considera totalmente automotivado.

Dicho puntaje alto de motivación intrínseca en las enfermeras del Instituto Especializado en Neurología se explica porque tienen ganas de esforzarse en el cumplimiento de sus labores profesionales, tienen la conciencia de la importancia de su trabajo para la vida de otras personas, además se sienten capacitadas para realizar su labor.

Las organizaciones deberían tener en cuenta la relevancia de las variables estudiadas, ya que un personal que tenga bajos niveles de síndrome de burnout y un alto nivel de calidad de vida profesional, va a favorecer el óptimo cumplimiento de los objetivos institucionales.

En futuros estudios, derivados de la presente investigación, sería importante incluir a todo el personal de dicha Institución especializada, a fin de proponerse mejorar el bienestar de los recursos humanos a través de la implementación de políticas y programas que eleven su calidad de vida profesional.

V. Conclusiones

Primera

Los resultados confirmaron que existe una relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017. ($p=0,030$; $r=-0,738$), es decir en la medida que aumenten los niveles del síndrome de burnout, disminuirá la calidad de vida profesional de las enfermeras.

Segunda

No existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo en Enfermería en un Instituto Especializado en Neurología, 2017. ($p=0,374$)

Tercera

Las evidencias mostraron que existe relación significativa inversa entre la despersonalización y la carga de trabajo en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017 ($p=0,002$; $r=-0,323$). Eso quiere decir que la despersonalización está siendo afectada por la excesiva carga laboral de la enfermera y viceversa, a mayor carga laboral, mayor despersonalización.

Cuarta

Existe relación significativa inversa entre la falta de realización personal y la motivación intrínseca en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, 2017 ($p=0,002$; $r=-0,324$). Es decir, a mayor presencia de falta de realización personal, menores niveles de motivación intrínseca en el personal de enfermería.

VI. Recomendaciones

Primera

A nivel institucional se recomienda capacitar al personal de salud para ayudarles a lidiar con desafíos inevitables en el trabajo, para de esa manera disminuir los riesgos de contraer el síndrome de burnout. Las autoridades del Instituto de Enfermedades Neurológicas deben promover una política dirigida al desarrollo y promoción del profesional de enfermería, brindándole las condiciones y el reconocimiento a la labor que realiza diariamente, fomentando buenas condiciones de trabajo para mejorar su calidad de vida profesional.

Segunda

La Oficina de Seguridad y Salud, debe formular e implementar un programa de prevención y atención temprana del Burnout, así como promover actividades para fortalecer las condiciones personales, profesionales e institucionales que coadyuven a mejorar la Calidad de Vida Profesional de las enfermeras y demás trabajadores de salud.

Tercera

Fomentar espacios físicos para desarrollar actividades deportivas y recreativas, que coadyuven a disminuir el agotamiento emocional en el personal de enfermería.

Cuarta

Establecer estudios de sondeo periódico para determinar la evolución y evaluación del Síndrome de burnout y el nivel de Calidad de Vida Profesional. Establecer contacto con el servicio de psicología para desarrollar planes de contingencia con respecto a la reducción y eliminación de indicios del Síndrome de burnout.

VII. Referencias bibliográficas

- Arnold, J. y Randall, R. (2012). *Psicología del trabajo*. (5ª ed.). México: Pearson Educación.
- Ayala, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. (Tesis de Especialista en Enfermería Intensivista). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Buendía, L. C. B., Ma; Pilar, Hernández P. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*.
- Caballero, I., Contreras, F., Vega, E. y Gómez J. (2017). *Síndrome de Burnout y Calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá*. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7352>
- Camacaro, P. (2010). *Abordaje conceptual de calidad de vida en el trabajo*. Eumed.Net. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/prc.htm>
- Campos, M. A. D. (2006). Salud y ambiente laboral. <http://www.monografias.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas><http://www.monografias.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas-estres-laboral.shtml>
- Cano, A. (2002). La naturaleza del estrés. *Madrid: Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS)*.
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Fernández-Cánovas, M. L., Celdrán-Gil, F., Vivo-Molina, M. d. C., y Martínez-Roche, M. E. (2015). La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 14(40), 266-275.
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. (8ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Dávalos, Y. (2005). *Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencia José Casimiro Ulloa*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Delgado Quiñones, G. P., Gómez Naranjo, H. J., Jaramillo Gutiérrez, M., Maya Giraldo, P., Narváez Reyes, M. I., Salazar Pajoy, A. C., Castaño Castrillón, J. (2014). Estudio descriptivo sobre estrés en estudiantes de medicina de la Universidad de Manizales.
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Del Río, O. y Perezagua, M. 2003 *El síndrome de Burnout en los enfermeros del Hospital Virgen de la Salud de Toledo*. España.
- Fernández S, E. D. M. N., G; Kirchner, R. M; Guido, L; Ubessi, L; (2013). Calidad de vida de los profesionales en un centro quirúrgico. *Enfermería Global*, 12(30), 220-231.
- Fernández A, A. J., Santa C; Olmo, MIC;. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3(1), 1-31.
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Veja, V. y Pérez, M. (2013). *Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios*. Recuperado de [file:///C:/Users/Rosa/Downloads/613-1257-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Rosa/Downloads/613-1257-1-SM%20(1).pdf)
- García, M. R., Nancy;. (2005). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de investigación* (57), 49-68.
- García, I., Gálvez, M. y Rodríguez, A. (2009). Calidad de Vida Profesional y Burnout en Técnicos de Drogodependencias: Análisis Comparativo con otros grupos profesionales. *Med Segur Trab*, 55 (217); 12-26.
- Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista de Investigación en Psicología*, 14 (2). Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/2109>
- Grazziano, E., y Ferraz Bianchi, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global* (18), 0-0.
- González, M. (2006). *Habilidades directivas*. Málaga: Innovación y Cualificación.
- Gonzales y Sandoval (2015). *Calidad de Vida Profesional y el Síndrome de Burnout en las enfermeras del Hospital María Auxiliadora*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- INEI. (2015). Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas. from https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota_de_prensa_n188_2015inei_2.pdf
- Hernández Ch, C. R. G., María; Arévalo Paz, Nora Alicia. (2004). *Factores causantes de estrés en los trabajadores de la recolección de desechos sólidos de la alcaldía municipal de Ciudad Delgado*. Universidad Francisco Gavidia <http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8063/1/158.72-H558f-PII.pdf>
- Karasek, R. (2006). Karasek R. La teoría del estrés-desequilibrio: desarrollo de enfermedades crónicas, bajo control social y desregulación fisiológica. *Med Lav.*, 97(2), 258 - 271.
- Llaneza, F. (2009). *Ergonomía y psicopsicología aplicada: manual para la formación del especialista*. España: Lex Nova.
- López, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. Universidad Complutense de Madrid. (Tesis doctoral). Madrid, España.
- Machado, I. R., R; García, ML; Granados, G; Vázquez, J. (2010). Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, DF. *Nure Investigación*, 2(64), 65-76.
- Mamani, A. O., R; Uribe, AM; Vivanco, M;. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia:[revisión]. *Rev. peru. obstet. enferm*, 3(1), 50-57.
- Mansilla, F. (2004). El síndrome de amotivación laboral. *Anales de Psiquiatría*, 20 (10), 429-433.
- Martínez Del Castillo, J. (2006). Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 64 (44). Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/27>
- Más, R. E., V. (1998). La versión castellana de la escala" The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. *Revista española de salud pública*, 72(6), 530.

- Maslach, C. J., S; Leiter, M;. (1997). Maslach burnout inventory. *Evaluating stress: A book of resources*, 3, 191-218.
- Maslach C, Jackson, SE. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- MedlinePlus. (2016). Enfermedades neurológicas o Déficits neurológicos. <https://medlineplus.gov/spanish/neurologicdiseases.html#summary>
- Méndez, F. (2015). Estrés en adolescentes que estudian y trabajan. Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Mendez-Hugo.pdf>
- Mendiola, S. (2015). *Percepción de la calidad de vida profesional, síndrome de burnout y autocuidado de las enfermeras del sector salud de Tamaulipas, que cuidan enfermos crónicos y terminales en CD. Victoria Tamaulipas, México*. Universidad de Alicante.
- Menor, M. y Fernández, L. (2015). Factores estresores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de UCI de hospitales de EsSalud nivel III-2, Lima-Metropolitana. *Cuid salud*, ene-jun 2015; 2(1):137-147. Recuperado de www.eept.edu.pe/revista
- Morales da Silva y Magalhaes (2016). *Presencia del estrés ocupacional y la calidad de vida relacionada con la salud en los profesionales de enfermería*.
- Moreno, M., Gonzáles, J., Cabrera, S., Estrada, J. y López, A. (2013). *Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo*. Universidad de Barcelona, España.
- Muñoz, I. (2014). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de referencia*. Colombia. Universidad del Tolima, Colombia.
- Olivares V & Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11(31), 160-167.
- Ortíz, V. (2005). Richard Stanlev Lazarus. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1), 207-209. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4B6hyRpAx9YJ:www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/805/80537112/Richard%2BStanley%2BLazarus%2B\(1922-2002\)/2+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4B6hyRpAx9YJ:www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/805/80537112/Richard%2BStanley%2BLazarus%2B(1922-2002)/2+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

- Patlán, J. (2016). *Calidad de vida en el trabajo*. Madrid: El Manual Moderno.
- Peñarrieta, I; Abregú. S, Krederdt, S., Guevara, G., Carhuapoma, M. y Chávez, E. (2014). *Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO en enfermería del primer nivel de atención*. Disponible en <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2562>
- Piñeiro Fraga, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 12(3), 125-150.
- Pogránnyvá, A. H., López, M. V. G., Martínez, M. D. P., Fernández, M. J. P., & de Paz, J. M. (2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enfermería Global*, 10(4).
- Quiróz, R. y Saco, S. (2003). *Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm
- Reisdorfer, E. D. S. G.-D., Edilaine Cristina; Cardoso, Lucilene; Bastos Teixeira, Carla; Araujo De Souza Pereira, Sandra; (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria.
- Robbins, St. y Judge, T. (2009). *Comportamiento Organizacional*. (15ª ed.). México: Pearson.
- Román, H.J. (2003). *Estrés y Burnout*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez Saiz, Z., San Millán Sierra, S., Salado Morales, L., & Clemente Campo, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*, 27(2), 48-52.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Següel, P. V., S; Sanhueza, O. (2015). El trabajo profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 11-20.
- Slipak, O. E. (1991). ALCMEON 3 Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). *Alcmeon*, 3, 355-360.

- Teixeira, C. A., Bastos; Gherardi, Donato; EC da S; Pereira, SS; Cardoso, Lucilene; Reisdorfer, Emilene;. (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global*, 15(44), 288-298.
- Tunanñaña, A. n. S. r. (2013). Adaptación de la Escala de estrés Laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un Contact Center de Lima. *PSIQUEMAG*, 2(1).
- Velásquez, I. (2014). *Nivel de estrés laboral en los profesionales de enfermería del departamento de emergencia y cuidados críticos del Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre 2014*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

VIII. Anexos

Apéndice 1 Matriz de consistencia

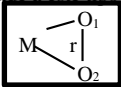
SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS (OS) EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO EN NEUROLOGÍA.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables				
			Variable 1: Síndrome de Burnout o Estrés Laboral				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
<p>General: ¿Cuál es la relación entre el estrés laboral y calidad de vida en enfermería en un instituto de Enfermedades Neurológicas?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es la relación entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas?</p>	<p>General Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Específicos Determinar la relación entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Determinar la relación entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Determinar la relación entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p>	<p>General: Existe una relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Específicos: Existe relación significativa entre el agotamiento emocional y el apoyo directivo a enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Existe una relación significativa entre la despersonalización y la carga de trabajo de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p> <p>Existe una relación significativa entre la baja realización personal y la motivación intrínseca de enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas.</p>	Agotamiento emocional	1. Agotamiento emocional laboral.	¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo? ¿Cuándo termino mi jornada de trabajo me siento vacío?	0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos	Bajo Medio Alto
				2. Vacío al terminar mi trabajo	¿Cuándo me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado?	2= Una vez al mes o menos 3= Pocas veces al mes	
			Despersonalización	3. Fatiga al levantarme e ir al trabajo	¿Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa?	4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana	Bajo Medio Alto
				4. Cansancio por trabajar todo el día	¿Siento que mi trabajo me está desgastando?	6= Todos los días	
				5. Mi trabajo me desgasta.	¿Me siento frustrado en mi trabajo?	0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos	Bajo Medio Alto
					6. Frustración en mi trabajo.	¿Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo? ¿Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa?	
					7. Demasiado tiempo en el trabajo.	¿Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades?	4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana
					8. Cansancio al trabajar.	¿Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?	6= Todos los días
					9. Al límite de mis posibilidades.	¿Siento que me hecho más duro con la gente?	0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos
					1. Trato al paciente como objeto impersonal.	¿Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente?	2= Una
					2. Me he hecho más duro con la gente.		
					3. Mi trabajo me endurece emocionalmente.		
					4. No me importa lo que le ocurra a mis pacientes.		
					5. Los pacientes me culpan.		

			Realización personal	<p>1. Entiendo fácil a los pacientes.</p> <p>2. Trato eficaz a los pacientes.</p> <p>3. Brindo influencia positiva a través de mi trabajo</p> <p>4. Trabajo con mucha energía.</p> <p>5. Clima agradable con mis pacientes.</p> <p>6. Me siento estimado después del trabajo.</p> <p>7. Consigo cosas valiosas en el trabajo.</p> <p>8. Los problemas emocionales se tratan adecuadamente.</p>	<p>¿Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes?</p> <p>¿Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas?</p> <p>¿Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes?</p> <p>¿Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes?</p> <p>¿Siendo que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo?</p> <p>¿Me siento con mucha energía en mi trabajo?</p> <p>¿Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes?</p> <p>¿Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes?</p> <p>¿Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo?</p> <p>¿Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada?</p>	<p>vez al mes o menos 3= Pocas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días 0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Pocas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días</p>
--	--	--	----------------------	--	--	--

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables				
			Variable 2: Calidad de Vida Profesional				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
			Apoyo Directivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción con el tipo de trabajo 2. Satisfacción con el sueldo 3. Posibilidad de promoción 4. Reconocimiento de mi esfuerzo 5. Apoyo de mis jefes 6. Apoyo de mis compañeros 7. Posibilidad de ser creativo 8. Recibo información de los resultados de mi trabajo 9. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito 10. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto 11. Tengo autonomía o libertad de decisión 12. Variedad en mi trabajo 13. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas. 	<p>¿Siento muy poca satisfacción con el tipo de trabajo que realizo?</p> <p>¿Siento satisfacción con el sueldo que percibo?</p> <p>¿Creo que tengo posibilidad de promoción?</p> <p>¿Siento reconocimiento de mi esfuerzo?</p> <p>¿Tengo apoyo de mis jefes?</p> <p>¿Tengo apoyo de mis compañeros?</p> <p>¿Tengo la posibilidad de ser creativo?</p> <p>¿Recibo información de los resultados de mi trabajo?</p> <p>¿Tengo la posibilidad de expresar lo que pienso y necesito?</p> <p>¿Mi institución trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto?</p> <p>¿Tengo autonomía o libertad de decisión?</p> <p>¿Percibo la sensación de variedad en mi trabajo?</p>	<p>1 y 2 = Nada</p> <p>3,4 y 5 = Algo</p> <p>6,7 y 8 = Bastante</p> <p>9 y 10 = Mucho</p>	<p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p>
			Carga de Trabajo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de trabajo que tengo 2. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo 3. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo 4. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo 5. Conflictos con otras personas de mi trabajo 6. Falta de tiempo para mi vida personal 7. Incomodidad física en el trabajo 8. Carga de responsabilidad 9. Interrupciones molestas 10. Estrés (esfuerzo emocional) 11. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud 	<p>¿Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas?</p> <p>¿La Cantidad de trabajo que tengo es demasiado?</p> <p>¿La presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo?</p> <p>¿La presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo?</p> <p>¿Presento prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo?</p> <p>¿Tengo conflictos con otras personas de mi trabajo?</p> <p>¿Me falta de tiempo para mi vida personal?</p> <p>¿Siento incomodidad física en el trabajo?</p> <p>¿Me carga de responsabilidad?</p> <p>¿Tengo interrupciones molestas?</p> <p>¿Siento estrés (esfuerzo emocional)?</p> <p>¿Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud?</p>		

Variable 2: Calidad de Vida Profesional				
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
Motivación Intrínseca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivación(ganas de esforzarme) 2. Apoyo de mi familia 3. Ganas de ser creativo 4. Desconecto al acabar la jornada laboral 5. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo 6. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual 7. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas 8. Lo que tengo que hacer queda claro 9. Me siento orgulloso de mi trabajo 10. Apoyo de los compañeros (en el caso de responsabilidades directivas) 	<p>¿Siento motivación (ganas de esforzarme)? ¿Apoyo de mi familia ¿</p> <p>¿Ganas de ser creativo?</p> <p>¿Desconecto al acabar la jornada laboral?</p> <p>¿Capacitación necesaria para hacer mi trabajo?</p> <p>¿Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual? ¿Mi trabajo es importante para la vida de otras personas?</p> <p>¿Lo que tengo que hacer queda claro?</p> <p>¿Me siento orgulloso de mi trabajo?</p> <p>¿Apoyo de los compañeros (en el caso de responsabilidades directivas)?</p>	<p>1 y 2 = Nada</p> <p>3,4 y 5 = Algo</p> <p>6,7 y 8 = Bastante</p> <p>9 y 10 = Mucho</p>	<p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p>
Calidad de Vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de vida de mi trabajo 	<p>¿Calidad de vida de mi trabajo?</p>		

TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS	PROPUESTA DE MARCO TEÓRICO
<p>3.1 TIPO DE ESTUDIO: Según la clasificación de Hernández Fernández y Baptista (2010), el tipo de investigación es Cuantitativo, teórico de nivel aplicativo, ya que se centra en estudiar y contribuir en el análisis de un problema. De corte transversal puesto que se reúnen datos en un mismo instante, además su propósito es describir las variables de estudio analizar y los niveles de relación que existen entre ellas.</p> <p>3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO: El diseño del presente estudio es No experimental, transeccional, descriptivo correlacional dado que se pretende establecer la relación entre las variables independiente y dependiente, no existe manipulación de las variables, la misma que busca medir la relación entre el Síndrome de Burnout y la Satisfacción laboral. El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:</p>  <p>Donde: M= Muestra (Personal de enfermería de un Instituto especializado en Neurología) O1= Variable 1 (Síndrome de Burnout) O2= Variable 2 (Calidad de Vida Profesional) r= Coeficiente de correlación lineal entre ambas variables</p>	<p>POBLACIÓN: La población lo conforman 110 personales de Enfermería (enfermeras/os y técnicas/os) que laboran en un Instituto especializado en Neurología. Fuente: (Departamento de Enfermería).</p> <p>MUESTRA: El tamaño muestral se determinó teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Nivel de confianza 95% (Z = 1,96) Error estimado: 5% (d = 0.05) Población (N) = 110 Valor de p = 0,5 (probabilidad de ocurrencia del fenómeno de estudio) Valor de q = 0,5 (probabilidad de no ocurrencia del fenómeno de estudio)</p> <p>Estos valores se reemplazaron en la siguiente fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas.</p> $n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$ <p>Reemplazando tenemos que el tamaño de muestra calculado fue de 86 personales de Enfermería.</p> <p>El muestreo aleatorio simple (M.A.S.) es la técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman el universo y que, por lo tanto, están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra. Sería algo así como hacer un sorteo justo entre los individuos del universo: asignamos a cada persona un boleto con un número correlativo, introducimos los números en una urna y empezamos a extraer al azar</p>	<p>Para la variable SÍNDROME DE BURNOUT se utilizará el CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY - HS: Creado por Maslach y Jackson (España - 1981) y revisado por Seisdedos (Costa Rica - 1997). No tiene una validación en el Perú, pero tiene validaciones en países como España, Chile y México, además se ha usado en países como Argentina, Cuba y Bolivia. Consta de 22 ítems y en él se pueden diferenciar y medir los tres factores o dimensiones que conforman el SBO (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal). Se complementa en 10-15 minutos. Se consideran puntuaciones o criterios de calificación como bajo, medio y alto. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.</p> <p>Para la variable Calidad de Vida Laboral se utilizará el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional Fernández S, (2013) cita a la OMS al definir la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” es decir la calidad de vida guarda una relación directa con el bienestar de la persona.</p> <p>Para medir la calidad de vida profesional se ha tomado el Cuestionario de CVP- 35. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional.- Es un instrumento validado, fiable y operativo por expertos en atención primaria, sin embargo, se puede adaptar a las necesidades de cada estudio. Las pruebas utilizadas para analizar los datos recogidos son las detalladas en el proyecto, mediante descripción de las variables cuantitativas y cualitativas, determinación de la correlación de Pearson y el Coeficiente de determinación, y por último, para describir los factores que influyen en la variabilidad de la CVP global realizamos un análisis mediante una regresión lineal múltiple. Para ello introducimos en el modelo aquellas variables cuya significación es menor de 0,15 teniendo en cuenta así mismo las variables que pueren</p>	<p>ANÁLISIS PSICOMÉTRICO: se realizaron procedimientos de validez de contenido, utilizando el Alpha de Cronbach.</p> <p>ANÁLISIS DESCRIPTIVO: Para procesar los resultados se codificará y tabulará la información organizándose en cuadros de frecuencia, gráfico de barras y análisis de correlación de acuerdo a las variables de estudio.</p> <p>ANÁLISIS BIVARIADO: Se realizó análisis de asociación para medir el grado de relación asociación y dependencia entre las variables. Para ello se utilizó el Coeficiente de Spearman.</p>	<p>Antecedentes: O. Arrogante; A.M. Pérez García; E.G Aparicio Zaldívar (2015).Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería.</p> <p>Porras Povedano, M; Santa Cruz, Hamer; Oliva Reina, I. (2014) Percepción de riesgos laborales en profesionales de Enfermería de un centro sanitario. M.C. Moreno Arroyo, J.A Jerez González, S. Cabrera Jaimec, J.M. Estrada Masllorena y A. López Martín.(2013)Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo</p> <p>Gajardo Valenzuela, Susana, Flores Inostroza, María Teresa, Jeno Montero, Daniela Eloísa Ormeño Barros, J. Cristóbal, Vargas Reyes, Sofía del Pilar, Universidad del Bío-Bío. Escuela de Enfermería (Chile). (2011)Autocuidado del profesional de enfermería del Hospital de San Carlos en las dimensiones de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral, año 2011</p> <p>Peñarrieta, I; Abregú, S; Krederdt, S; Guevara, G; Carhuapoma, M; Chávez, E. (2014)“Validación del instrumento: “Calidad de vida en el trabajo “CVTGOHISALO”en enfermería del primer nivel de atención” Velásquez Ch, Isidro. (2014)Nivel de estrés laboral en los profesionales de enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre 2014. Marisol Sotelo Rosales. (2015). Factores estresores y síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos en dos hospitales de EsSalud nivel III-2 Lima Metropolitana</p>

	boletos. Todos los individuos que tengan un número extraído de la urna formarán la muestra, previo Consentimiento Informado	modificar el efecto y las interacciones entre las mismas, obteniendo como resultado aquellas variables cuya significación sea inferior a 0,05 y que	<p>Bases teóricas Síndrome de burnout</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definiciones 2. Epidemiología 3. Factores de riesgo desencadenantes 4. Síntomas 5. Dimensiones 6. Fases del Proceso 7. Tipos 8. Consecuencias 9. Prevención
		<p>explique el mayor porcentaje en la variabilidad de la CVP. Para la recogida y análisis de los datos hemos utilizado el programa EXCEL y el paquete estadístico SPSS- 11. Cada respuesta la hemos codificado con la finalidad de poder analizarlas y posteriormente interpretarlas con un orden establecido. Los test utilizadas han sido: pruebas descriptivas, prueba de distribución normal, correlación de Pearson, regresión lineal simple y regresión lineal múltiple. (Fernández A. 2007).</p> <p>Así mismo se plantea y adecúa un Cuestionario acerca de la Caracterización sociodemográfica de los profesionales de Enfermería que consta de 35 ítems.</p>	<p>10. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1997)</p> <p>Calidad de vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definiciones 2. Factores determinantes 3. Dimensiones 4. Elementos que garantizan una adecuada satisfacción 5. Teorías de motivación y satisfacción laboral <p>6. Cuestionario de CVP-35 (Fernández A, 2007)</p>

Apéndice 2 Instrumentos de recolección de datos

Caracterización Sociodemográfica del Profesional de Enfermería

Instrucciones: Leer con detenimiento cada pregunta antes de contestar y responda con una (X) y escriba donde hay que llenar los espacios. **No deje sin contestar ninguna pregunta.**

I.DATOS GENERALES Y LABORALES

1. Edad: _____ años

2. Género:

a) Masculino ()

b) Femenino ()

3. Estado Civil:

a) Soltero ()

b) Casado ()

c) Conviviente ()

d) Viudo ()

e) Divorciado ()

4. Tiene hijos:

Si ()

No ()

5. Tiempo de Servicio en la Institución:

a. 6 meses - 1 año ()

b. 1 – 5 años ()

c. 6 – 10 años ()

d. 11 - 20 años ()

e. Más de 20 años ()

6. Cuántos años de experiencia lleva en el ejercicio profesional:

a) Menos de 5 años ()

b) 6 -10 años ()

c) 11 – 20 años ()

d) Más de 20 años ()

7. Si es postgraduado, por favor marque y señale en qué: (solo estudios concluidos)

Especialista ()

Maestría ()

Doctorado ()

Especifique en que: _____Neurología y/o Neurocirugía_____

8. Tipo de Condición laboral:

- a) Nombrado ()
- b) Contratado CAS ()

9. Tipo de Horario de trabajo

- a) Turno Fijo Mañanas ()
- b) Turno Fijo Diurnas ()
- c) Turno Rotativo ()

10. Servicio en el que trabaja:

- a) Neurología ()
- b) Neurocirugía ()
- c) Áreas críticas ()
- d) Consultorios externos ()

11. Su jornada laboral, según horas de trabajo a la semana implica de:

- a) 36 horas ()
- b) 42 horas ()
- c) 48 horas ()
- d) Más de 48 horas semanales ()

12. El número promedio de pacientes que usted atiende por día es de:

- a) 0 - 4 ()
- b) 5 - 10 ()
- c) 10 - 15 ()
- d) 15 - 20 ()
- e) Más de 20 ()

13. Además de trabajar en la Institución, tiene otro trabajo

- a) Si ()
- b) No ()

14. Cuántas capacitaciones asiste anualmente organizados por su institución.

- a). No asiste ()
- b). 1 vez al año ()
- c) De 2 a más ()

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= nunca. 1= pocas veces al año o menos. 2= una vez al mes o menos. 3= unas pocas veces al mes. 4= una vez a la semana. 5= pocas veces a la semana. 6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Cuestionario de CVP-35 (Fernández A, 2007)

Señale la respuesta que crea conveniente sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

«Nada» (valores 1 y 2); «Algo» (valores 3, 4 y 5); «Bastante» (valores 6, 7 y

8) y «Mucho» (valores 9 y 10)

ITEMS		NADA		ALGO			BASTANTE			MUCHO	
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Cantidad de trabajo que tengo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Satisfacción con el tipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	6	8	9	10
3	Satisfacción con el sueldo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Posibilidad de promoción	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Reconocimiento de mi esfuerzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Motivación(ganas de esforzarme)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Apoyo de mis jefes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Apoyo de mis compañeros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Apoyo de mi familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Ganas de ser creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Posibilidad de ser creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Me desconecto al acabar la jornada laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Recibo información de los resultados de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Conflictos con otras personas de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Falta de tiempo para mi vida personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Incomodidad física en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	Carga de responsabilidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Tengo autonomía o libertad de decisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24	Interrupciones molestas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Estrés (esfuerzo emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	Variedad en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31	Lo que tengo que hacer queda claro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	Me siento orgulloso de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	Calidad de vida de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	Apoyo de los compañeros (en el caso de responsabilidades directivas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apéndice 3

ÁRBOL DE PROBLEMAS

Apéndice 4

Fiabilidad de los instrumentos de Recolección de datos

Cuestionario Calidad de Vida Profesional Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,954	35

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	200,34	2746,838	,629	,953
VAR00002	200,93	2760,207	,615	,953
VAR00003	202,65	2796,536	,536	,953
VAR00004	202,64	2769,339	,667	,952
VAR00005	202,98	2770,164	,699	,952
VAR00006	199,86	2789,298	,536	,953
VAR00007	199,80	2776,937	,601	,953
VAR00008	199,76	2779,457	,578	,953
VAR00009	200,95	2734,892	,655	,952
VAR00010	201,95	2750,845	,696	,952
VAR00011	200,21	2788,591	,630	,953
VAR00012	198,33	2777,093	,751	,952
VAR00013	198,88	2766,927	,726	,952
VAR00014	199,60	2761,371	,679	,952
VAR00015	201,19	2758,624	,563	,953
VAR00016	202,56	2773,779	,642	,952
VAR00017	202,85	2793,189	,516	,953
VAR00018	201,65	2811,665	,424	,954
VAR00019	201,30	2796,802	,448	,954
VAR00020	201,64	2766,492	,624	,953
VAR00021	200,48	2757,452	,567	,953
VAR00022	203,15	2786,671	,617	,953

VAR00023	201,14	2772,121	,617	,953
VAR00024	201,84	2753,550	,680	,952
VAR00025	199,88	2771,186	,583	,953
VAR00026	200,17	2771,487	,573	,953
VAR00027	198,41	2826,950	,654	,953
VAR00028	201,05	2766,704	,589	,953
VAR00029	197,86	2838,051	,712	,953
VAR00030	201,69	2751,771	,662	,952
VAR00031	198,63	2800,142	,731	,952
VAR00032	197,95	2827,763	,726	,953
VAR00033	200,44	2799,026	,427	,954
VAR00034	201,47	2780,934	,507	,953
VAR00035	200,34	2786,814	,575	,953

Apéndice 5
Base de datos: Síndrome de Burnout

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22
2	0	4	6	0	5	6	2	2	2	1	3	0	3	0	5	6	3		3	1	5	0
2	0	5	5	0	3	6	2	4	2	1	3	0	3	0	3	6	4		2	1	2	0
1	1	4	5	0	3	3	3	3	3	2	2	0	3	0	3	6	4		2	2	2	2
2	1	4	4	0	4	3	3	3	1	2	2	1	2	0	4	6	2		1	0	3	1
2	1	4	6	0	4	4	2	3	1	3	3	0	2	0	4	3	3		1	0	3	1
2	0	3	6	0	2	6	2	6	3	4	6	0	2	1	2	2	5		1	0	3	0
3	0	3	6	0	2	6	2	4	1	2	4	1	2	0	2	3	3		2	1	5	0
5	0	2	6	0	2	6	4	4	1	2	4	0	3	0	2	3	3		2	1	5	0
4	0	2	4	1	4	6	3	2	3	3	4	0	2	0	4	3	5		3	1	3	0
4	0	4	4	0	3	4	3	2	3	2	6	0	2	0	3	6	5		4	1	3	0
5	0	4	6	0	3	3	1	2	3	2	3	0	2	1	3	6	5		1	1	6	1
2	0	4	3	0	5	3	2	2	2	1	3	1	4	0	5	6	3		1	2	5	1
2	1	2	6	0	2	5	2	4	2	2	2	0	3	0	2	2	2		1	0	5	0
2	0	2	6	0	2	5	3	6	1	2	2	0	2	0	2	6	2		1	0	3	1
2	1	3	6	1	3	2	4	3	0	2	3	0	2	0	3	6	3		2	1	5	0
4	0	2	4	0	3	2	2	3	0	2	3	2	3	0	3	4	3		2	1	5	0
4	0	4	6	0	4	3	2	4	2	2	4	0	3	1	4	2	5		3	1	2	0
3	0	4	6	0	2	3	2	6	2	3	3	0	4	0	2	2	5		1	0	2	0
5	0	2	6	0	2	6	3	6	3	4	3	1	2	0	2	2	4		1	2	4	2
2	0	3	4	0	2	6	3	2	3	2	2	1	2	1	2	6	4		1	0	5	1
3	0	5	4	0	5	3	2	2	1	2	3	0	2	0	5	6	3		2	1	5	0
2	0	3	6	1	4	3	2	3	2	2	2	0	3	0	4	6	3		3	1	3	0
2	1	3	6	0	4	3	1	3	2	1	4	0	3	0	4	4	2		2	0	3	0
5	0	2	5	0	3	4	2	2	2	2	3	2	3	0	3	3	2		1	2	2	0
2	0	2	6	0	3	4	2	2	3	2	3	1	4	1	3	6	5		1	1	5	1
3	0	4	6	0	3	2	3	6	3	3	5	0	1	0	3	6	5		2	1	6	1
4	0	4	4	0	3	3	3	6	1	3	3	0	2	0	3	6	3		3	1	3	0
4	0	4	5	0	2	3	4	6	3	0	3	0	2	1	2	2	3		1	0	3	0
2	1	3	4	0	1	6	2	3	3	0	3	1	2	1	1	2	4		4	0	3	0
2	0	2	6	0	2	6	2	3	0	2	2	0	3	1	2	6	2		4	2	2	2
4	0	4	6	0	2	3	4	2	2	2	3	0	2	0	2	6	5		1	1	2	0
4	0	4	6	0	3	3	2	3	2	3	2	0	2	0	3	6	3		1	1	5	0
0	0	0	6	0	0	6	0	1	0	0	6	0	0	0	1	6	6		2	3	0	0
5	0	0	6	0	1	4	3	2	0	0	6	1	3	0	2	6	6		1	0	0	0
5	0	1	3	1	1	3	0	3	2	1	6	0	1	0	0	6	6		6	1	6	2
5	0	1	3	0	1	3	0	3	3	2	6	0	1	2	0	6	6		6	1	6	3
3	6	3	0	1	5	1	1	6	2	3	5	6	0	3	1	0	0		6	5	1	2
2	1	1	6	0	1	6	1	6	3	0	2	1	4	1	1	6	6		2	1	1	3
2	5	1	5	1	1	3	1	1	4	4	6	1	2	2	1	6	3		2	5	1	2
6	5	5	6	0	5	6	6	6	2	1	5	5	6	3	0	6	6		1	5	1	3
2	0	2	6	1	2	3	2	3	0	0	6	0	1	2	2	3	2		2	0	3	2
2	0	3	6	0	2	3	2	3	1	1	3	0	1	3	2	3	2		1	0	3	3
4	0	3	6	1	3	3	2	3	0	1	5	0	2	2	3	6	2		1	0	3	2

5	1	4	6	0	2	4	1	3	1	4	3	0	2	3	2	6	3		1	1	2	3
5	0	4	4	1	5	4	3	6	1	2	3	0	2	2	5	6	4		3	1	4	2
3	0	2	3	1	5	3	3	6	2	3	4	0	2	3	5	6	4		3	1	3	3
2	0	5	6	0	2	6	2	2	0	0	3	1	3	2	2	2	3		1	2	3	2
2	0	3	6	1	2	6	2	2	1	1	3	0	2	3	2	2	3		1	0	3	3
4	0	3	6	0	3	6	2	3	3	1	4	0	2	2	3	2	5		1	0	2	2
4	1	4	6	1	3	3	3	3	3	1	2	0	3	3	3	6	5		3	1	4	3
4	0	4	4	1	5	3	3	3	1	1	3	0	3	2	5	6	2		2	1	4	2
5	0	2	6	0	2	2	3	6	1	0	5	1	1	3	2	4	2		1	1	5	3
3	0	2	6	1	3	5	1	6	2	1	5	1	4	2	3	2	2		1	1	3	2
4	0	2	4	1	3	6	2	2	3	0	4	0	4	3	3	2	3		1	1	3	3
2	0	4	6	0	5	6	2	2	0	1	3	0	3	2	5	6	3		3	1	5	2
2	0	5	5	1	3	6	2	4	1	1	3	0	3	3	3	6	4		2	1	2	3
1	1	4	5	1	3	3	3	3	3	0	2	0	3	2	3	6	4		2	2	2	2
2	1	4	4	0	4	3	3	3	2	1	2	1	2	3	4	6	2		1	0	3	3
2	1	4	6	0	4	4	2	3	1	1	3	0	2	2	4	3	3		1	0	3	2
2	0	3	6	1	2	6	2	6	3	0	6	0	2	3	2	2	5		1	0	3	3
3	0	3	6	3	2	6	2	4	2	2	4	1	2	2	2	3	3		2	1	5	2
5	0	2	6	2	2	6	4	4	3	2	4	0	3	3	2	3	3		2	1	5	3
4	0	2	4	3	4	6	3	2	3	3	4	0	2	2	4	3	5		3	1	3	2
4	0	4	4	3	3	4	3	2	3	2	6	0	2	3	3	6	5		4	1	3	3
5	0	4	6	2	3	3	1	2	3	2	3	0	2	2	3	6	5		1	1	6	2
2	0	4	3	3	5	3	2	2	2	1	3	1	4	3	5	6	3		1	2	5	3
2	1	2	6	2	2	5	2	4	2	2	2	0	3	2	2	2	2		1	0	5	4
2	0	2	6	2	2	5	3	6	1	3	2	0	2	3	2	6	2		1	0	3	5
2	1	3	6	4	3	2	4	3	4	2	3	0	2	2	3	6	3		2	1	5	4
4	0	2	4	5	3	2	2	3	5	2	3	2	3	0	3	4	3		2	1	5	5
4	0	4	6	4	4	3	2	4	4	4	4	0	3	4	4	2	5		3	1	2	4
3	0	4	6	5	2	3	2	6	6	5	3	0	4	5	2	2	5		1	0	2	6
5	0	2	6	4	2	6	3	6	4	4	3	1	2	4	2	2	4		1	2	4	4
2	0	3	4	6	2	6	3	2	5	4	2	1	2	5	2	6	4		1	0	5	6
3	0	5	4	4	5	3	2	2	4	4	3	0	2	4	5	6	3		2	1	5	4
2	0	3	6	5	4	3	2	3	6	5	2	0	3	6	4	6	3		3	1	3	5
2	1	3	6	4	4	3	1	3	4	5	4	0	3	4	4	4	2		2	0	3	6
5	0	2	5	5	3	4	2	2	5	6	3	2	3	5	3	3	2		1	2	2	4
2	0	2	6	4	3	4	2	2	4	5	3	1	4	4	3	6	5		1	1	5	5
3	0	4	6	5	3	2	3	6	6	4	5	0	1	6	3	6	5		2	1	6	4
4	0	4	4	4	3	3	3	6	4	4	3	0	2	4	3	6	3		3	1	3	5
4	0	4	5	5	2	3	4	6	5	5	3	0	2	5	2	2	3		1	0	3	6
2	1	3	4	4	1	6	2	3	4	6	3	1	2	6	1	2	4		4	0	3	4
2	0	2	6	5	2	6	2	3	6	4	2	0	3	4	2	6	2		4	2	2	5
4	0	4	6	4	2	3	4	2	4	5	3	0	2	5	2	6	5		1	1	2	6
4	0	4	6	5	3	3	2	3	5	4	2	0	2	4	3	6	3		1	1	5	4

Base de datos: Calidad de Vida Profesional

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

8	9	1	5	5	8	8	8	8	7	9	9	8	7	5	9	3	3	4	7	8	5	7	5	6	7	7	8	9	8	7	8	1	3	7	
8	5	1	2	2	3	4	6	7	6	8	9	9	4	6	2	1	4	4	4	7	5	7	8	8	6	8	8	10	7	10	10	7	8	8	
7	8	1	3	3	3	2	4	5	6	6	9	9	10	9	5	2	2	4	9	2	1	6	2	2	5	10	5	9	8	9	10	4	9	9	
8	8	1	3	5	10	8	6	10	5	5	8	10	10	10	4	2	1	2	10	8	2	4	7	6	9	10	8	9	9	10	10	7	7	8	
7	8	1	3	2	1	8	6	10	10	5	10	10	10	10	1	1	3	6	10	1	1	10	7	6	9	10	8	9	9	10	10	7	7	8	
7	8	1	8	5	6	7	8	7	8	6	10	7	6	5	8	4	7	6	6	6	4	6	9	10	4	6	6	8	8	7	9	5	7	5	
10	8	1	9	3	5	5	5	7	8	5	9	9	9	8	6	6	6	5	9	9	5	7	6	6	8	9	7	9	8	8	8	5	8	8	
9	9	1	9	2	9	7	7	10	6	2	10	10	9	5	2	10	2	6	8	9	1	10	10	10	10	10	10	10	7	10	10	3	8	8	
6	9	5	2	2	5	5	6	5	6	5	8	6	6	5	5	2	5	4	5	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
8	5	3	1	1	8	8	10	1	1	4	8	5	5	5	1	3	6	9	3	9	1	7	8	10	2	9	9	10	1	8	10	10	10	1	
7	5	5	1	1	8	9	10	1	1	5	8	2	3	6	1	5	5	9	3	10	1	8	8	10	2	9	9	10	1	8	10	10	10	1	
10	5	5	2	1	8	9	10	1	1	5	8	3	3	10	2	5	5	9	3	8	1	8	7	9	2	10	7	10	2	8	9	10	10	6	
8	10	6	3	6	3	9	10	10	8	6	10	10	3	10	8	6	6	9	10	8	10	10	6	8	10	10	8	10	10	10	8	10	6		
8	9	2	2	1	3	3	2	9	9	9	9	10	2	9	1	1	7	3	3	8	1	8	3	3	2	9	7	10	8	9	10	10	6	8	
10	3	3	1	1	10	10	10	5	1	3	10	10	10	10	1	4	7	10	4	10	1	3	10	10	10	10	1	10	5	10	10	10	3	6	
6	6	5	5	6	6	6	5	6	6	6	9	9	8	5	6	3	3	3	7	7	4	5	3	5	4	7	7	7	7	7	7	4	7	6	
10	5	3	5	5	6	6	10	6	5	5	1	6	6	5	5	2	5	5	5	9	2	5	5	8	5	5	5	10	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	1	1	6	3	2	2	1	1	6	1	6	3	2	1	2	1	6	2	6	10	2	2	6	7	7	7	2	7	8	1	9	9	
9	9	6	7	7	8	8	8	8	8	8	10	9	8	9	9	1	3	3	8	8	7	8	5	8	10	10	7	10	8	10	10	7	8	8	
10	9	2	7	1	6	5	8	7	1	7	9	6	6	10	8	5	3	2	2	10	1	5	5	8	10	9	2	10	8	9	10	7	8	5	
6	9	3	6	3	5	5	3	6	3	3	6	6	5	2	3	2	2	2	6	3	3	6	2	3	3	5	5	5	5	5	5	9	2	3	3
10	5	6	6	1	6	6	7	8	7	5	10	9	9	6	8	4	7	5	8	9	1	6	4	6	8	8	8	10	4	8	10	3	1	3	
6	10	2	3	2	5	5	3	8	5	8	10	10	10	10	5	1	1	1	5	5	5	8	1	1	3	8	8	8	6	10	10	1	8	5	
7	5	5	5	5	5	5	7	6	6	6	9	9	9	10	7	1	1	2	8	8	2	8	1	9	7	8	2	10	9	9	10	10	10	10	
6	6	3	3	3	8	8	8	2	5	5	9	6	6	6	2	1	4	5	6	8	2	5	6	6	4	4	3	9	6	6	7	10	2	4	
8	10	5	2	2	8	8	3	3	5	10	10	10	4	2	5	1	1	1	5	9	6	9	5	2	9	10	6	10	10	10	10	8	7	2	
5	5	4	2	6	7	7	5	10	5	8	10	10	10	8	5	1	3	1	8	10	7	9	8	4	8	10	9	10	6	9	10	10	4	7	
8	9	4	5	5	8	8	8	8	3	4	8	9	9	5	2	4	5	3	5	8	2	9	8	6	7	9	8	9	5	7	10	8	9	7	

9	8	5	5	5	6	6	6	2	5	5	6	6	6	9	5	1	1	1	1	9	1	5	9	9	1	9	9	10	5	7	10	5	9	6	
10	5	6	5	2	9	9	8	5	5	8	10	6	6	9	3	3	8	8	8	10	3	7	9	9	6	9	9	9	5	8	8	8	9	6	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	1	5	1	3	4	1	1	1		
1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	6	1	6	1	4	5	2	1	2	
1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	3	3	6	1	7	1	5	6	3	1	3	
1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	4	4	4	3	1	1	2	4	4	1	1	1	1	1	4	4	7	1	7	1	6	6	4	1	4	
1	1	1	1	1	4	4	4	1	1	4	5	5	3	1	1	3	5	4	1	1	1	1	1	4	5	7	1	7	1	6	7	5	1	4	
1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	5	6	5	4	1	1	3	5	5	1	1	1	1	1	5	5	7	1	7	1	6	7	6	1	5	
1	1	1	1	1	6	6	6	1	1	5	6	6	4	1	1	3	5	5	1	1	1	2	2	5	6	7	1	7	1	7	7	6	1	5	
1	1	1	1	1	6	6	6	1	1	5	7	6	5	1	1	4	6	6	2	2	2	2	2	6	6	7	2	8	1	7	7	6	1	6	
1	1	1	1	1	7	7	7	2	1	5	7	7	5	2	2	4	6	6	2	2	2	2	2	6	7	8	2	8	2	7	7	6	2	6	
1	1	1	1	1	7	7	7	2	1	6	7	7	5	2	2	4	6	6	2	2	2	2	2	7	7	8	2	8	2	7	7	7	2	7	
2	2	2	2	2	7	7	7	2	2	6	8	7	6	2	2	5	6	7	2	2	2	2	2	7	7	8	2	8	2	7	8	7	2	7	
2	2	2	2	2	8	8	8	3	2	6	8	7	6	2	2	5	6	7	2	2	2	2	2	7	7	8	2	8	2	8	8	7	2	7	
2	2	2	2	2	8	8	8	3	3	7	8	7	6	2	2	5	7	7	2	2	2	3	3	8	8	8	2	8	2	8	8	7	2	7	
3	3	3	3	3	8	8	8	3	3	7	8	8	7	2	2	5	7	7	2	3	3	3	3	8	8	8	2	8	2	8	8	8	2	7	
3	3	3	3	3	9	9	9	4	3	8	8	8	7	3	2	6	7	7	3	3	3	3	3	8	8	8	3	9	3	8	8	8	2	8	
3	3	3	3	3	9	9	9	4	4	8	9	8	7	3	3	6	7	8	3	3	3	3	3	8	8	9	3	9	3	8	8	8	2	8	
4	4	4	4	4	9	9	9	4	4	8	9	8	8	3	3	6	8	8	3	3	3	3	3	8	8	9	3	9	3	8	8	8	3	8	
4	4	4	4	4	9	9	9	5	4	8	9	8	8	3	3	6	8	8	3	3	3	4	4	9	8	9	3	9	3	9	9	8	3	8	
4	4	4	4	4	9	9	9	5	5	9	9	9	8	3	4	6	8	8	3	4	4	4	4	9	9	9	3	9	3	9	9	8	3	8	
4	4	4	4	4	9	9	9	5	5	9	9	9	9	4	4	6	8	8	4	4	4	4	4	9	9	9	4	9	4	9	9	9	3	8	
5	5	5	5	5	9	9	9	6	6	9	9	9	9	4	4	7	8	9	4	4	4	4	4	9	9	9	4	9	4	9	9	9	4	9	
5	5	5	5	5	9	9	9	6	6	9	9	9	9	4	4	7	9	9	4	4	4	4	4	9	9	9	4	9	4	9	9	9	4	9	
5	5	5	5	5	10	10	10	6	6	9	9	9	9	4	5	7	9	9	4	4	4	4	5	5	9	9	9	4	10	4	9	9	9	4	9
6	6	6	6	6	10	10	10	6	6	9	10	9	9	5	5	7	9	9	4	5	5	5	5	9	9	10	5	10	4	9	9	9	4	9	
6	6	6	6	6	10	10	10	6	6	9	10	9	10	5	5	7	9	9	5	5	5	5	5	10	9	10	5	10	5	10	10	9	5	9	
6	6	6	6	6	10	10	10	7	6	10	10	10	10	5	6	7	9	9	5	5	5	6	6	10	10	10	6	10	5	10	10	10	5	9	



Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en un Instituto de Enfermedades Neurológicas, Lima, 2017

AUTOR:

Br. Marlene Katherine Suasnabar Cayco
marlenessuasnabar@gmail.com Escuela de Posgrado
Universidad César Vallejo

Resumen

La presente investigación, titulada “Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería. Es un estudio descriptivo correlacional, de diseño no experimental, transversal. La muestra probabilística estuvo constituida por 86 licenciadas de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. , a quienes se les aplicó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. Los resultados mostraron que predomina el nivel medio de estrés y el nivel medio de Calidad de vida profesional. Concluyendo que existe relación significativa inversa ($\rho = -0,738$; $p < 0,05$) entre el Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.2017.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Calidad de Vida Profesional, Enfermería.

Abstract

The present investigation, titled “Syndrome of Burnout and Professional Quality of life in Infirmary in the National Institute of Sciences Neurológicas. 2017”, took as a target to determine the relation between Syndrome of Burnout and Professional Quality of life in Infirmary. A descriptive study is a correlational, of not experimental, transverse design. The sample probabilística was constituted by 86 Bachelors of Infirmary of the National Institute of Neurological Sciences. , to whom there was applied the Questionnaire Maslach Burnout Inventory and the Questionnaire of Professional Quality of life. The results showed that it predominates over the average level of stress and the average level of professional Quality of life. Concluding that there exists inverse significant relation ($\rho = -0,738$; $p < 0,05$) between the Syndrome of Burnout

and Professional Quality of life in Infirmery of the National Institute of Sciences Neurológicas. 2017

Key words: Syndrome of Burnout, Professional Quality of life, Infirmery.

Introduction

Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores. Entre ellos cabe citar los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad de rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional sanitario, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo, etc. (Mamani, Uribe y Vivanco, 2007).

La mejora de las condiciones de vida de los trabajadores de salud, en especial de las enfermeras debería ser un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular dado que es imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por consiguiente, la mejor calidad de los servicios prestados. Diferentes estudios demuestran la relación entre la satisfacción laboral de los profesionales y el grado de calidad de los cuidados prestados. También hay relación entre la insatisfacción y absentismo, accidentes laborales, agresividad, cambios en el puesto de trabajo así como su incidencia directa en el nivel de estrés laboral y su percepción de la calidad de vida profesional.

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España (Del Río y Perezagua, 2003, p. 36) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez y Del Castillo, 2003).

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

Los profesionales en este sector deben a menudo emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional, lo cual es necesario controlar cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta en forma eficiente. En muchos casos, estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte

del profesional, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan estrés mal adaptativo.

Se realizó la presente investigación en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, la cual actualmente cuenta con 112 enfermeras, encargados de brindar cuidado integral y humanizado en 14 servicios de salud, cuya capacidad hospitalaria oscila entre 13 a 28 camas por servicio, con pacientes de grados de dependencia III y IV; en el cual una enfermera ejerce función administrativa, una a dos enfermera desempeñan labor asistencial dependiendo de la complejidad de atención en el servicio. Las enfermeras asistenciales del instituto en mención son programadas en turnos diurnos y nocturnos.

A esta problemática se suma la insuficiente dotación de personal, el personal con descanso médicos, descanso pre y post natales, vacaciones, imprevistos personales o familiares, etc., las licenciadas de enfermería constantemente experimentan situaciones de estrés tales como agotamiento físico, psicológico, emocional y hasta algunas expresan sentimiento de impotencia, problemas de interrelación con el personal de su entorno, falta de reglas de educación, entre otras, sin embargo y pese a estos problemas logran satisfacer el cuidado de los pacientes.

La situación descrita anteriormente nos induce a plantear la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

Estudios previos como el de Caballero, Contreras, Vega y Gómez (2017) sobre el Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá, indicaron una severidad alta y moderada del síndrome en el 38.7% de los participantes; no obstante, el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo. La fatiga emocional correlacionó directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca. Por su parte Flores, Jenaro, Cruz, Veja y Pérez (2013) evidenció altas tasas de estrés percibido, así como la presencia de burnout. También se encontraron repercusiones en la salud física y psicológica de los profesionales. Concluyendo que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de burnout.

En el Perú, Gonzales y Sandoval (2015) encontraron correlación entre la calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout $r=-0,769$, con un valor $p<0,01$, de manera tal que en los enfermeros con mejor calidad de vida profesional se encontró menor nivel de estrés o síndrome de Burnout; y, por el contrario, cuando la calidad de vida profesional es baja, se relaciona con mayores niveles de estrés.

De Rivera (2010), refiere que el síndrome de burnout, fue descrito inicialmente por Freudenberger (1974) y más ampliamente conceptualizado por Maslach (1981). Definiéndola como “la consecuencia de un estrés crónico experimentado en el

contexto laboral. Se presenta en personas cuyo trabajo se desarrolla en situaciones de exigencia emocional y que requiere el trato directo y continuo con el público” (p. 131).

En el contexto hospitalario, el personal de enfermería por la misma dinámica organizacional, por sus responsabilidades, por la creciente demanda de atención, se ven enfrentados a múltiples presiones, el cual forma parte del diario quehacer laboral y que podría desencadenar en un síndrome de burnout.

De allí que se afirma que el síndrome de burnout, “empieza a convertirse en un problema de gran trascendencia actualmente. Expertos en materia laboral y sanitaria han reclamado el reconocimiento de este síndrome como una enfermedad profesional” (Castañeda y García, 2010). Por las consecuencias en el trabajador, siendo necesaria una atención urgente a este problema laboral desde la misma institución hospitalaria.

Dada las reacciones complejas a nivel biológico que se dan cuando el organismo está sometido al estrés, la mayor parte de estos cambios no son perceptibles para el ser humano y requieren de identificación de diagnóstico; a nivel psicológico los síntomas producidos por el estrés son más fácilmente especificados por la persona que experimenta estos cambios; a nivel social los cambios son en las organizaciones donde prestan servicios, o con el entorno más cercano.

La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad cuyos síntomas a nivel cognitivo-subjetivo son: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre sí mismo, pensamientos negativos sobre la actuación frente a otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc. A nivel fisiológico se mencionan: sudoración, tensión muscular, palpitations, taquicardia, temblor, molestias digestivas, dificultades respiratorias, sequedad de la boca, dificultad para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, etc. A nivel motor-observable se presenta: comer o beber en exceso, evitar situaciones temidas, fumar, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), tartamudear, ir de un lado a otro sin finalidad concreta, llorar, etc. (Cano, 2002).

Todo lo mencionado, se presenta en cada ser humano de diferente forma y con diferentes manifestaciones, sin embargo se debe considerar que dentro del grupo ocupacional de salud el correspondiente al personal de enfermería que incluye a enfermeras y técnicos de enfermería, es el que más expuesto está a estrés laboral siendo del grupo de salud el más estrés desarrolla con un 56% en relación a los otros grupos ocupacionales de salud (Tunanña, 2013).

El trabajo que desarrolla el personal de enfermería en el ambiente hospitalario exige control y reacciones adaptativas inmediatas, sin embargo existe evidencia de factores diferente pero complementarios que desencadenan cuadros de estrés en este personal, ocasionado por falta de personal o reducido personal disponible, exceso de

actividades y pacientes con grado de dependencia altos que demanda atención personalizada y de delegación, exceso de registros, requerimientos administrativos por la jefatura e servicio, además de la complejidad de las relaciones interpersonales; el afrontamiento de situaciones con los familiares de pacientes, las restricciones organizativas propias del sistema hospitalario, el estancamiento y desvalorización de remuneraciones, el compromiso de trabajo en otras instituciones de misma especialidad para aumentar sus ingresos económicos, y los horarios de jornada largas que suelen ser agotadoras (Teixeira, 2016).

La investigación se basó en el Modelo tridimensional de Maslach y Leiter. El Síndrome de Burnout, se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Llaneza, 2007, p. 508). Este modelo contiene tres componentes: Agotamiento emocional, despersonalización y la realización personal.

En cuanto la Calidad de vida profesional, en la actualidad, el hecho ampliamente conocido de la degradación del ambiente y su repercusión sobre los grupos humanos, sobre todo a nivel de salud, ha conducido a reconocer que la calidad de vida debe abordarse desde una óptica social, política, económica, ética, jurídica y cultural. La calidad de vida no puede desvincularse del crecimiento y disponibilidad de los recursos ni de las relaciones de los seres humanos y de ellos con el medio; relaciones de orden cultural que conducen a dar valor a la vida, la naturaleza y los sentimientos para alcanzar la felicidad (García, 2005).

Patlán (2016) sostiene que la calidad de vida profesional “es el grado en que los empleados satisfacen una amplia gama de necesidades y expectativas personales (laborales y profesionales) importantes por medio de un trabajo” (p. 10). La calidad de vida profesional es importante porque representa el resultado de un conjunto de acciones y factores que repercuten en el estado de bienestar físico, mental y social del trabajador.

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Metodología

El tipo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, teórico de nivel aplicativo, ya que se centra en estudiar y contribuir en el análisis de un problema. Descriptivo, analítico ya que se pretende establecer la relación entre las variable 1 y variable 2, no existiendo manipulación de las variables, las mismas que buscan medir la relación existente entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional.

El diseño del estudio fue no experimental, de corte transversal puesto que se reúnen datos en un mismo instante, además su propósito es describir las variables de estudio analizar y los niveles de relación que existen entre ellas.

La población que se toma en el presente estudio está conformado por todas las licenciadas en enfermería de un instituto de enfermedades neurológicas que totalizan 110 sujetos de estudio. La muestra probabilística quedó conformada por 86 licenciadas en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

En el presente estudio se hizo uso de la técnica de la encuesta, y se utilizó como instrumentos el cuestionario Maslach Burnout Inventory – HS y el Cuestionario Calidad de Vida Profesional. La validez de contenido se realizó mediante juicio de 3 expertos y se calculó la confiabilidad de consistencia interna del instrumento, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, en ambos cuestionarios se aprecia un puntaje por encima de 0.9 lo que significa una alta confiabilidad.

Para la recogida y análisis de los datos se utilizó el programa Excel y el paquete estadístico SPSS v. 23. Cada respuesta se codificó con la finalidad de poder analizarlas y posteriormente interpretarlas con un orden establecido. Para procesar los resultados se codificó y tabuló la información, organizándose en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, gráfico de barras, y análisis de correlación de acuerdo a las variables de estudio. Para ello se utilizó el Coeficiente de Spearman.

Resultados

Los resultados mostraron que predomina un nivel medio de Síndrome de Burnout (95.3%). En sus dimensiones agotamiento emocional (55.8%) de las enfermeras encuestadas presenta un nivel medio de agotamiento emocional, el 43.0% un nivel bajo. En cuanto la despersonalización el 44.2% de las enfermeras presentó un nivel medio de despersonalización, el 40.7% un nivel bajo y un 15.1% un nivel alto. Respecto a la falta de realización personal el 79.1% de las enfermeras tuvo un nivel medio y el 20.9% un nivel alto.

En cuanto a la Calidad de vida profesional, los resultados reflejaron un nivel medio en el 67.4% de las enfermeras, mientras que el 24.4% tuvo un nivel alto y un 8.1% un nivel bajo. Predominando el personal de enfermería en un Instituto Especializado en Neurología un nivel medio de Calidad de vida profesional. Se obtuvo un $\rho = -,738$ y un valor $p = ,030 < 0,05$ con el cual se confirma que existe relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.2017.

Discusión

En la actualidad, una de las principales preocupaciones desde la gestión de los recursos humanos es mejorar la calidad de vida profesional de las personas en sus respectivos puestos de trabajo.

“El surgimiento de la calidad de vida en el trabajo obedece a la necesidad de humanizar los espacios de trabajo, democratizar los entornos laborales, diseñar puestos de trabajo con autonomía y más ergonómicos, con condiciones de trabajo seguras y saludables, y con oportunidades de desarrollo laboral para los trabajadores”

(Patlán, 2016, p. 10). La calidad de vida profesional es un aspecto relevante para la vida laboral de todos los trabajadores. Desde esta premisa, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida profesional, participando 86 licenciadas en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. 2017.

Los resultados confirmaron la hipótesis general planteada, es decir, que existe relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas 2017 ($p=0,030$; $r=-0,738$). Resultados similares al obtenido por Gonzales y Sandoval (2015), en su estudio Calidad de Vida Profesional y el Síndrome de Burnout en las enfermeras del Hospital María Auxiliadora, quienes mostraron que la correlación de las variables de estudio calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout tuvo un valor de correlación general de $r=-0,769$, con un valor $p<0,01$, resultados que muestra una relación estadísticamente significativa e inversa.

Asimismo, Flores, Jenaro, Cruz, Veja y Pérez (2013) en su investigación titulada "Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Laboral en profesionales de servicios sanitarios, evidenció que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto de la ausencia de Burnout, es decir existe una relación inversa entre las dos variables. Por su parte García, Gálvez, y Rodríguez (2009) en su investigación Calidad de Vida Profesional y Burnout en Técnicos de Drogodependencias: mostraron que los profesionales de drogodependencias presentan menores puntuaciones de calidad de vida profesional y mayores de desgaste profesional que otros grupos profesionales, siendo ésta diferencia significativa respecto al grupo de trabajadores no sanitarios. Concluyendo que los aspectos de la calidad de vida profesional tales como la carga de trabajo, la motivación intrínseca y el apoyo directivo tienen efectos directo.

En resumen, se aprecia que el resultado encontrado en la investigación de esta tesis, coincide en otros estudios realizados anteriormente, y permiten afirmar que existe una relación entre las variables analizadas: Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional, la cual es una relación inversa. Las organizaciones deberían tener en cuenta la relevancia de las variables estudiadas, ya que un personal que tenga bajos niveles de síndrome de burnout y un alto nivel de calidad de vida profesional, va a favorecer el óptimo cumplimiento de los objetivos institucionales. En futuros estudios, derivados de la presente investigación, sería importante incluir a todo el personal de dicha Institución especializada, a fin de proponerse mejorar el bienestar de los recursos humanos a través de la implementación de políticas y programas que eleven su calidad de vida profesional.

Conclusiones

Los resultados confirmaron que existe una relación significativa inversa entre el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. 2017. ($p=0,030$; $r=-0,738$), es decir en la medida

que aumenten los niveles del Síndrome de Burnout, disminuirá la Calidad de Vida Profesional de las enfermeras. Asimismo se confirmó que existe relación significativa inversa entre el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal con la Calidad de Vida Profesional en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Referencias

- Caballero, I., Contreras, F., Vega, E. y Gómez J. (2017). *Síndrome de Burnout y Calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá*. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7352>
- Cano, A. (2002). *La naturaleza del estrés. Madrid: Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS)*.
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Veja, V. y Pérez, M. (2013). *Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios*. Recuperado de [file:///C:/Users/Rosa/Downloads/613-1257-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Rosa/Downloads/613-1257-1-SM%20(1).pdf)
- García, N. (2005). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de investigación* (57), 49-68.
- García, I., Gálvez, M. y Rodríguez, A. (2009). Calidad de Vida Profesional y Burnout en Técnicos de Drogodependencias: Análisis Comparativo con otros grupos profesionales. *Med Segur Trab*, 55 (217); 12-26.
- Grazziano, E. y Ferraz, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global* (18), 0-0.
- Llaneza, J. (2007). *Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*. (8ª ed.). Valladolid: España.
- Machado, I., García, M., Granados, G. y Vázquez, J. (2010). Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, DF. *Nure Investigación*, 2(64), 65-76.
- Mamani, A., Uribe, M. y Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia:[revisión]. *Rev. peru. obstet. enferm*, 3(1), 50-57.
- Patlán, J. (2016). *Calidad de vida en el trabajo*. Madrid: El Manual Moderno.
- Tunanñaña, A.. (2013). Adaptación de la Escala de estrés Laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un Contact Center de Lima. *PSIQUEMAG*, 2(1).

Artículo 7 Validación de los instrumentos

ORIGINALES

Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)

Jesús Martín^a / José Alfonso Cortés^b / Manuel Morente^b / Marcial Caboblanco^b / Javier Garijo^b / Alberto Rodríguez^b

^aDepartamento Médico. AstraZeneca. Madrid.
^bÁrea 1 de Atención Primaria. Insalud. Madrid. España.

Correspondencia: Jesús Martín. Departamento Médico AstraZeneca. Serrano Galvache, 56. Edificio Roble. 28033 Madrid. España.
Correo electrónico: Jesus.Martin@astrazeneca.com

Recibido: 19 de septiembre de 2003.
Aceptado: 31 de octubre de 2003.

(Metric characteristics of the Professional Quality of Life Questionnaire [QPL-35] in primary care professionals)

Resumen

Objetivo: Evaluar la consistencia interna, la capacidad discriminativa y la composición factorial del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en una población de profesionales de atención primaria.

Métodos: Estudio transversal analítico realizado en un área de atención primaria de Madrid entre 2001 y 2003. En dos ocasiones se seleccionó una muestra aleatoria de 450 profesionales estratificada en 3 grupos: I (médicos, farmacéuticos y psicólogos), II (enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales) y III (auxiliares administrativos y de enfermería y celadores). Se les envió el cuestionario autoaplicativo CVP-35 en enero de 2001 y enero de 2003 con reenvío al cabo de un mes. Se estudiaron los porcentajes de respuesta totales y por ítems, la distribución de estas respuestas buscando los denominados «efecto suelo» y «efecto techo», y la composición factorial basados en un estudio de validación previo.

Resultados: En total se obtuvieron 563 respuestas (62,6%). Todas las preguntas tuvieron un índice de respuesta superior al 96%, en el 22,0% de los casos había al menos una pregunta sin respuesta y en el 7,1%, al menos 2. La distribución de las respuestas en ningún caso se correspondía con una normal. El «efecto suelo» estaba presente en preguntas relacionadas con el «apoyo directivo» y el «efecto techo», en las relacionadas con la «motivación intrínseca». Se encontraron 3 factores que explicaban el 39,6% de la varianza y eran prácticamente superponibles a los del estudio de validación previo: «apoyo directivo» (17,0% de la varianza) «cargas de trabajo» (13,2% de la varianza) y «motivación intrínseca» (9,4% de la varianza). La consistencia interna era aceptable (α de Cronbach $> 0,7$ para los factores y $0,81$ para la puntuación global).

Conclusiones: El CVP-35 mantiene sus propiedades métricas en entornos diferentes y puede ser propuesto como elemento de medida y comparación de la calidad de vida profesional en atención primaria.

Palabras clave: Satisfacción profesional. Cuestionarios. Psicometría. Atención primaria.

Abstract

Objective: To assess the internal consistency, discriminative capacity and factorial composition of the Professional Quality of Life Questionnaire (QPL-35) in a population of primary care professionals.

Methods: We performed a cross-sectional analytical study in a primary care area in Madrid from 2001 to 2003. Random sampling of 450 healthcare professionals was performed on 2 occasions. The sample was stratified into 3 groups: group I (clinicians, pharmacologists, psychologists), group II (nurses, midwives, physiotherapists, social workers) and group III (administrative staff, porters, auxiliary nurses). The self-administered questionnaire QPL-35 was sent in January 2001 and January 2003 and on each occasion the questionnaire was sent again 1 month later. The percentages of total responses and responses per item were studied. We also studied the distribution of each answer by examining the «floor effect» and «ceiling effect», as well as the factorial composition based on a previous validation study.

Results: Five hundred sixty-three questionnaires (62.6%) were returned. All the questions had a response rate of more than 96%. At least one unanswered question was found in 22.0% of the questionnaires, and at least 2 were unanswered in 7.1%. The distribution of the answers did not fit normal distribution in any of the cases. The floor effect was present in questions related to management support and the ceiling effect was found in those related to motivation. The factorial analysis found 3 factors that explained 39.6% of the variance in the total number of questions. These factors were very similar to those of the previous validation study: «management support», «perception of workload» and «intrinsic motivation» explained 17.0%, 13.2% and 9.4% of the variance, respectively. Internal consistency was high for each factor (Cronbach's $\alpha > 0.7$) and for the total score (Cronbach's $\alpha = 0.81$).

Conclusions: The metric properties of the QPL-35 are maintained in different environments. This questionnaire can be recommended as a tool to measure and compare quality of professional life in primary care.

Key words: Professional satisfaction. Questionnaire. Psychometrics. Primary Care.

Introducción

El principio de que «las personas son el principal activo de las organizaciones» se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Tanto es así que la calidad de los servicios prestados por estas organizaciones se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran^{1,2}. La satisfacción laboral de los trabajadores es un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por ende, la mejor calidad de los servicios prestados³.

Sin embargo, los profesionales de la salud, dadas las características de su desempeño laboral, están especialmente expuestos a sufrir el denominado por Maslach⁴ «síndrome de *burnout*», posteriormente designado como «síndrome de desgaste profesional»⁵. Este es un resultante específico del estrés laboral crónico que suele aparecer en los profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y directa con otras personas, tras soportar una sobrecarga de trabajo duradera y, normalmente, tras poner unas expectativas y una dedicación considerables en su trabajo. Con el tiempo, estos profesionales sufren los síntomas de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal propios del citado síndrome. Entre las variables asociadas a esta situación se señalan los factores ambientales, las características de la persona, las características del afrontamiento, los resultados previos de las experiencias de estrés y las consecuencias de esta situación excepcional para el individuo⁶.

El estrés laboral y su impacto en el profesional sanitario han sido medidos en numerosas ocasiones en diversos ámbitos. En concreto, en el nivel organizativo de atención primaria se ha investigado con interés cuál es la prevalencia de *burnout* y qué factores se asocian a esta situación⁷⁻¹³.

El estrés laboral incide directamente en la satisfacción del profesional y en su percepción de la calidad de vida en el trabajo. La satisfacción laboral fue objeto de estudio desde la psicología de las organizaciones por su efecto en otras variables como el rendimiento. Posteriormente, y desde una perspectiva más centrada en la calidad de vida laboral, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención organizacional¹⁴. La calidad de vida profesional se relaciona con el equilibrio entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal⁶. En las organizaciones sanitarias, la calidad de vida profesional es un objetivo en sí mismo y, a su vez, un elemento imprescindible para la consecución del resto

de los objetivos^{3,15}. Por ello, debe ser medida y supervisada. En nuestro Sistema de Salud, así lo han hecho varios grupos de trabajo, tanto en el ámbito de la atención especializada como de la atención primaria^{9,19-22}.

Entre los instrumentos empleados para medir la satisfacción profesional en atención primaria, destacan 2: el cuestionario de Font-Roja²³ y el cuestionario de Calidad de Vida Profesional, CVP-35²⁴ (QVP-35 en su denominación original), ambos validados y utilizados ampliamente.

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional. Se ha utilizado en diferentes estudios^{19,22,25}, lo que apunta la posibilidad de considerarlo un instrumento que permita la comparabilidad en situaciones diferentes. Pero no existe un criterio único y concreto que permita afirmar que un cuestionario es un instrumento perfectamente válido²⁶. El estudio de las propiedades métricas de un instrumento que pretende valorar, como es el caso, un concepto difícilmente cuantificable constituye un proceso dinámico que pone de manifiesto las capacidades y limitaciones del instrumento. La reevaluación de estas propiedades en un nuevo espacio, y posiblemente con nuevas connotaciones organizativas, parece oportuna. Es sabido que la medición de la calidad de vida laboral entre sanitarios ofrece resultados diferentes en función del entorno organizativo. Por ejemplo, el personal de enfermería tiene mejor percepción de su calidad de vida profesional que los médicos de familia en los sistemas públicos de salud^{25,27} y, por el contrario, peor que los entornos de organizaciones de gestión²⁸.

Por esta razón se presenta este trabajo, cuyo objetivo es valorar la consistencia del instrumento de medida CVP-35, su capacidad discriminativa y su composición factorial en un entorno diferente del que se utilizó en el estudio de validación original.

Métodos

Se ha utilizado el cuestionario CVP-35 como instrumento de monitorización de la calidad de vida profesional en un área de atención primaria de la zona sur de la Comunidad de Madrid en la que trabajan alrededor de 1.500 personas. La población de estudio se dividió en 3 subgrupos homogéneos en cuanto a titulación y percepciones salariales. El grupo I incluía médicos, farmacéuticos y psicólogos (un 93% de médicos). El grupo II estaba constituido por enfermeras, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales (un 92% de enfermeras) y el grupo III estaba formado por auxiliares administrativos, celadores y auxiliares de clí-

nica (un 85% de auxiliares administrativos o coladores). Estos grupos se corresponden con las categorías administrativas A (grupo I), B (grupo II) y C, D y E (grupo III), y cada uno de ellos incluía alrededor de 500 trabajadores.

El cuestionario se envió en 2 momentos diferentes (primer trimestre de 2001 y de 2003) a 150 individuos de cada grupo, elegidos por muestreo aleatorio simple (450 sujetos en cada envío). Se seleccionó una muestra en 2001 y otra distinta en 2003. Se realizó un segundo envío en cada ocasión, y se utilizó un sistema de devolución anónimo y gratuito para el encuestado. Además del cuestionario, se recogieron características demográficas (edad, sexo, estado civil) y laborales (tipo de centro, turno de trabajo, tamaño del equipo, responsabilidades directivas, tiempo trabajado en la misma zona). La tasa de respuesta en ambas ocasiones fue del 62 y del 64%, respectivamente.

El cuestionario CVP-35 consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10). En un estudio previo de validación se encontró que había 3 subescalas que explicaban la composición factorial del cuestionario: «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca». Había 2 preguntas que no se podían englobar en estas categorías. Una era una medida resumen de la percepción de calidad de vida profesional, y la otra hacía referencia a la capacidad de abstraerse de la presión cuando termina el trabajo. Las subescalas de cada dimensión presentaban una consistencia interna alta (α de Cronbach entre 0,75 y 0,88)²⁴.

En el presente estudio se realiza un análisis descriptivo de la población que cumplimentó el cuestionario y las puntuaciones globales obtenidas. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial (componentes principales con rotación varimax), basado en un criterio de eigenvalores mayores que uno^{25,26}, y en el que se incluyen los factores necesarios para obtener una capacidad explicativa de la varianza de aproximadamente el 40%, que es el valor con el que se trabajó en la validación original²⁴. Se analiza la consistencia interna total del cuestionario y de cada una de las subescalas resultantes, utilizando el criterio de α de Cronbach $\geq 0,7$ para considerar adecuada la consistencia interna²⁷. La pregunta 35 del cuestionario, referente al apoyo de los compañeros en el caso de tener responsabilidades directivas, fue excluida del análisis factorial para no reducir la muestra, ya que sólo podía ser contestada en el 12,4% de los casos, pues en el resto de los encuestados no había responsabilidades directivas en el momento del envío del cuestionario.

Se estudiaron las correlaciones de cada factor con la medida resumen de la calidad de vida en el trabajo

de forma gráfica y con los coeficientes de correlación de Pearson (paramétrico) y Spearman (no paramétrico). También se estudió la existencia de los llamados «efecto suelo» y «efecto techo», la capacidad discriminativa de las preguntas y su distribución, dado que se propone su tratamiento como variables continuas. El «efecto suelo» es el fenómeno que se produce al agruparse un porcentaje de las respuestas a determinada pregunta en la parte inferior de la escala. El «efecto techo» se refiere al mismo fenómeno con los valores altos de la escala. Ambas situaciones restan capacidad discriminativa a la pregunta. Para estudiar estos efectos y la forma de distribución de las respuestas, se miden los rangos de éstas y se muestran las medianas de las puntuaciones y las amplitudes intercuartiles.

Se aplicaron comparaciones frente a la distribución normal (test de Kolmogorov-Smirnov). La factibilidad se evaluó midiendo el porcentaje de no respuesta a cada pregunta concreta. Otros aspectos referentes a la fiabilidad, como la consistencia test-retest, no pudieron ser evaluados por tratarse de cuestionarios anónimos.

Resultados

Se obtuvo un total de 563 respuestas (62,6% del total de los cuestionarios remitidos). La media de edad (\pm desviación estándar [DE]) era de $41,6 \pm 10,9$ años, y un 70,2% eran mujeres. La media \pm DE de tiempo trabajado en la misma área de salud era de $10,4 \pm 6,8$ años, y el 28,7% de las personas que respondieron tenían responsabilidades directivas en el momento de la encuesta o lo habían hecho en el pasado. El 46,5% de los sujetos tenían contratos con duración limitada, estuviere o no prorrogada (interinos, suplentes, etc.). De las personas que contestaron, el 34,8% pertenecía al grupo I; el 35,6%, al grupo II; y el 29,5%, al grupo III. Se compararon los resultados de las respuestas al primer envío y al segundo en las 2 ocasiones sin encontrar diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas ni en la percepción general de la calidad de vida en el trabajo.

En el análisis factorial, los 3 primeros componentes explicaban el 39,6% de la varianza, por lo que no se seleccionaron más componentes. En la tabla 1 se presentan los ítems incluidos en el análisis factorial del cuestionario y las correlaciones de cada variable con los 3 factores. El primer factor explicaba el 17,0% de la varianza total, el segundo añadía un 13,2% de capacidad explicativa y el tercero un 9,4%. La pregunta 15 presentaba una correlación muy débil con cualquiera de los 3 factores (del orden de 0,17 en el mejor de los casos), por lo que no se agrupó en ninguno de ellos.

Tabla 1. Resultados del análisis factorial (primeros 3 componentes) de los ítems del cuestionario CVP-35 (563 profesionales de atención primaria, Madrid 2001-2003)

Pregunta	Coeficientes de correlación		
	Factor 1*	Factor 2*	Factor 3*
1. Cantidad de trabajo que tengo	-0,041	0,602	0,246
2. Satisfacción con el tipo de trabajo	0,542	-0,200	0,404
3. Satisfacción con el sueldo	0,538	-0,013	0,064
4. Posibilidad de promoción	0,632	-0,018	0,001
5. Reconocimiento de mi esfuerzo	0,775	-0,052	-0,020
6. Presión que siento para realizar la cantidad de trabajo	-0,050	0,754	0,134
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	0,088	0,713	0,026
8. Premios y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	-0,062	0,789	0,083
9. Motivación (ganas de esforzarme)	0,419	0,003	0,509
10. Apoyo de mis jefes	0,722	0,011	0,046
11. Apoyo de mis compañeros	0,317	-0,034	0,245
12. Apoyo de mi familia	0,077	0,036	0,489
13. Ganas de ser creativo	0,251	-0,091	0,487
14. Posibilidad de ser creativo	0,560	-0,051	0,258
15. Desconecto al acabar la jornada laboral	-0,047	-0,175	-0,021
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo	0,564	0,122	0,001
17. Conflictos con otras personas de mi trabajo	-0,008	0,300	-0,222
18. Falta de tiempo para mi vida personal	0,115	0,369	0,082
19. Incomodidad física en el trabajo	-0,162	0,381	-0,175
20. Posibilidad de agotar lo que pienso y necesito	0,631	0,055	0,075
21. Carga de responsabilidad	0,127	0,462	0,379
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	0,722	-0,064	0,058
23. Tanto autonomía o libertad de decisión	0,615	-0,104	0,178
24. Informaciones molestas	-0,080	0,643	-0,101
25. Estrés (esfuerzo emocional)	-0,120	0,758	0,049
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	0,025	0,163	0,572
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	-0,236	0,063	0,619
28. Variedad en mi trabajo	0,442	0,015	0,259
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	0,081	0,229	0,611
30. Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas	0,729	-0,017	0,096
31. Lo que tengo que hacer queda claro	0,270	0,058	0,369
32. Me siento orgulloso de mi trabajo	0,338	-0,064	0,621
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	-0,276	0,624	0,003
34. Calidad de vida de mi trabajo	0,503	-0,375	0,312

*Total de la varianza explicada por el factor 1 («apoyo directivo»): 17,0%.

*Total de la varianza explicada por el factor 2 («cargas de trabajo»): 13,2%.

*Total de la varianza explicada por el factor 3 («motivación intrínseca»): 9,4%.

La pregunta 34 se correlacionaba con los 3, y se obtuvieron coeficientes mayores de 0,3 (en valores absolutos).

Los 3 factores en la tabla 1 se corresponden con los dominios o subescalas denominados «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca» del estudio de validación original²⁴, salvo en el caso de la pregunta 2, que se incluía en el factor «motivación intrínseca». Las puntuaciones medias fueron bajas para el factor 1, intermedias para el factor 2 y altas para el factor 3. La media de la percepción de la calidad de vida en el trabajo estaba en un rango intermedio ($5,15 \pm 1,98$). En la tabla 2 se muestran los valores de consistencia interna (α de Cronbach) para las 3 subescalas y se comparan con el análisis de validación previo.

Las figuras 1-3 muestran las correlaciones entre los 3 factores y la medida resumen de la calidad de vida en el trabajo. Los valores absolutos de estas correlaciones oscilan entre 0,3 y 0,5; son positivas para los factores 1 y 3, y negativas para el 2. Se presentan los coeficientes de correlación con métodos no paramétricos, dado que no se cumplían los criterios de aplicación del coeficiente de correlación de Pearson.

En relación con la distribución de las respuestas, el rango era de 10 para 33 de las 35 preguntas. En las preguntas 1 y 27 el recorrido de las respuestas fue de 3 a 10. En la tabla 3 se muestran los descriptivos de las 35 preguntas, la mediana y la amplitud intercuartil, y el porcentaje de respuesta de cada pregunta. Este fue superior al 96% en todos los ítems y no hay diferencias según el factor en que se agrupaba la pregunta. Sin considerar la pregunta 35, en el 22% de los casos hubo alguna pregunta no contestada y sólo en el 7,1% de los casos había más de una pregunta sin contestar.

Respecto al «afecto suavo» presentaron una puntuación mínima en más del 20% de los casos los ítems

Tabla 2. Consistencia interna del cuestionario CVP-35 y sus dominios (estudio actual y estudio de validación previo por Cabezas²⁴)

	α de Cronbach		
	Análisis factorial del estudio actual	Análisis factorial del estudio de Cabezas ²⁴	Estudio de Cabezas ²⁴
Factor 1, apoyo directivo	0,86	0,85	0,86
Factor 2, cargas de trabajo	0,82	0,82	0,81
Factor 3, motivación intrínseca	0,71	0,75	0,75
Global		0,81	0,84

*Incluye la pregunta 35 en el factor 3 (v. aplicación en el lado).

Figura 1. Relación entre «apoyo directivo» (factor 1 del análisis factorial) y la calidad de vida en el trabajo.

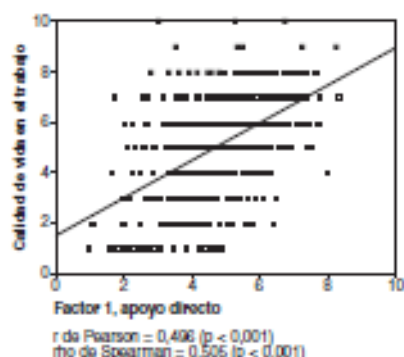


Figura 3. Relación entre «motivación intrínseca» (factor 3 del análisis factorial) y la calidad de vida en el trabajo.

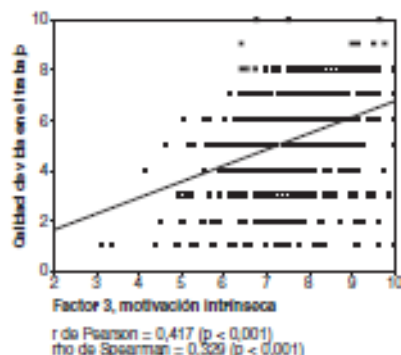
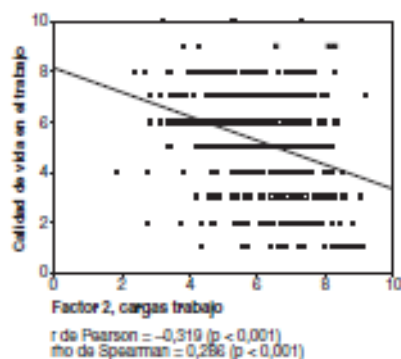


Figura 2. Relación entre «cargas de trabajo» (factor 2 del análisis factorial) y la calidad de vida en el trabajo.



4 y 22 del factor 1 («apoyo directivo»), y al 17 del factor 2 («cargas de trabajo»). Encontramos la puntuación máxima en más del 20% de los casos en los ítems 12, 27 y 29 («efecto techo»), todos referentes a la motivación intrínseca. En el análisis por factores, el 9,8% de los sujetos presentaba puntuaciones medias superiores a 9 en «motivación intrínseca» (posible «efecto techo»). No se encontraron estos efectos para los factores «apoyo directivo» y «cargas de trabajo».

Las puntuaciones de cada ítem se distribuían, en general, de manera asimétrica (tabla 3) y en ningún caso eran compatibles con una distribución normal, según

el test de Kolmogorov-Smirnov. Los factores «apoyo directivo» y «cargas de trabajo» presentaban unas puntuaciones globales de distribución similar a una normal. La puntuación del factor «motivación intrínseca» presentaba una asimetría izquierda (test Kolmogorov-Smirnov, p = 0,016).

Discusión

El cuestionario CVP-35 presenta unas propiedades similares a las que se encontraron en un estudio de validación previo, a pesar de haber sido utilizado en un ámbito geográfico y temporal alejado del de aquella ocasión.

La coincidencia de resultados en la aplicación del cuestionario en distintos ámbitos del Sistema Nacional de Salud, con características diferentes en cuanto a organización, entorno sanitario y situación profesional, y en periodos distanciados casi 8 años, avala la fiabilidad y la consistencia del instrumento. Lamentablemente, la ausencia de cambios significativos en la calidad de vida laboral (referidos a una gran población de trabajadores) en periodos relativamente cortos y la homogeneidad de los resultados obtenidos en diferentes estudios, en cuanto al nivel de calidad de vida profesional^{19,22,26}, nos van a privar de una valoración de la sensibilidad al cambio.

En cuanto al análisis factorial, encontramos una coincidencia casi total de los resultados con los descritos por el estudio previo de validación de Cabezas, lo que indica un comportamiento similar; es decir, cabe suponer que se está midiendo lo mismo. Tan sólo la pregunta

Tabla 3. Frecuencia y distribución de las respuestas al cuestionario CVP-35 (563 profesionales de atención primaria, Madrid 2001-2003)

	Respuesta % (IC del 95%)	Modiana	Amplitud intercuartil	ρ^*
Axón 1				
Pregunta 2	98,9 (98,0-99,8)	7	6-8	<0,001
Pregunta 3	99,1 (98,3-99,9)	5	2-6	<0,001
Pregunta 4	97,2 (95,8-98,5)	2	1-4	<0,001
Pregunta 5	97,9 (96,7-99,1)	4	2-5	<0,001
Pregunta 10	98,4 (97,4-99,4)	5	3-7	<0,001
Pregunta 11	99,3 (98,6-100)	7	5-8	<0,001
Pregunta 14	98,0 (96,8-99,2)	5	3-6	<0,001
Pregunta 16	97,7 (96,5-98,9)	5	3-6	<0,001
Pregunta 20	99,1 (98,3-99,9)	6	4-7	<0,001
Pregunta 22	97,3 (96,0-98,5)	3	2-5	<0,001
Pregunta 23	98,9 (98,0-99,8)	5	3-7	<0,001
Pregunta 28	97,2 (95,8-98,5)	8	8-9	<0,001
Pregunta 30	98,4 (97,4-99,4)	5	3-6	<0,001
Axón 2				
Pregunta 1	99,3 (98,6-100)	8	7-9	<0,001
Pregunta 6	98,9 (98,0-99,8)	7	5-9	<0,001
Pregunta 7	97,2 (95,8-98,5)	7	5-8	<0,001
Pregunta 8	98,9 (98,0-99,8)	8	6-9	<0,001
Pregunta 17	98,4 (97,4-99,4)	2	1-4,25	<0,001
Pregunta 18	98,4 (97,4-99,4)	4	2-6	<0,001
Pregunta 19	98,6 (97,6-99,5)	4	2-6	<0,001
Pregunta 21	98,8 (97,8-99,7)	8	7-9	<0,001
Pregunta 24	97,3 (96,0-98,5)	6	4-8	<0,001
Pregunta 25	98,2 (97,1-99,3)	8	6-9	<0,001
Pregunta 33	98,8 (97,8-99,7)	5	3-7	<0,001
Axón 3				
Pregunta 9	99,1 (98,3-99,9)	8	6-9	<0,001
Pregunta 12	96,4 (94,9-97,9)	9	7-10	<0,001
Pregunta 13	98,8 (97,8-99,7)	8	6-9	<0,001
Pregunta 26	97,7 (96,5-98,9)	8	7-9	<0,001
Pregunta 27	98,2 (97,1-99,3)	8	8-9	<0,001
Pregunta 29	98,2 (97,1-99,3)	8	7-9	<0,001
Pregunta 31	97,7 (96,5-98,9)	7	5-8	<0,001
Pregunta 32	98,6 (97,6-99,5)	8	7-9	<0,001
Calidad de vida				
Pregunta 34	95,6 (93,9-97,3)	5	4-7	<0,001
Pregunta 35	98,4 (97,4-99,4)	7	5-9	<0,001

IC: intervalo de confianza. *Valor de p del test de Kolmogorov-Smirnov. La hipótesis nula es la compatibilidad de la distribución con una normal.

2, «satisfacción con el tipo de trabajo», se encuentra en nuestro caso más correlacionada con el factor 1 «apoyo directivo» que con el 3 «motivación intrínseca». Aunque conceptualmente la propuesta de Cabezas pueda parecer apropiada, quizá la correlación encontrada se deba a que la respuesta refleja un descontento con los inputs que el profesional recibe de la organización, más que con su propia aportación a ésta, y por eso se agrupa con otros ítems referentes al «apoyo directivo».

El estudio de la correlación de los factores con la puntuación de la calidad de vida en el trabajo se ajusta al modelo conceptual de la satisfacción laboral descrito por Cabezas, que se corresponde con un equilibrio entre demandas y recursos del puesto de trabajo²⁴. Así, el apoyo directivo y la motivación se relacionan positivamente con la calidad de vida laboral, mientras que las cargas de trabajo se relacionan de manera inversa con aquélla. Quizá sea ésta la mejor demostración de la validez de constructo de la herramienta. Esta interacción recursos-demanda está sustancialmente matizada por las expectativas de los sujetos. Al estudiar estas expectativas, aparece en un lugar prominente la gestión directiva. Los profesionales de los centros de salud valoran especialmente los aspectos relacionados con la gestión directiva²⁵. Por ello, no sorprende que sea el factor denominado «apoyo directivo» el que más explicación aporte a la calidad de vida profesional.

Otro dato que indica el buen comportamiento de este instrumento es la coincidencia entre los resultados del análisis factorial y el análisis realizado por Cortés et al para establecer la relación entre las respuestas a los factores del cuestionario y la pregunta 34 («calidad de vida en mi trabajo»)²⁶. Estos autores encontraron que el factor que mejor se correlacionaba con la respuesta a esta pregunta era el «apoyo directivo», y la capacidad explicativa de los 3 factores («apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca») sobre la percepción de la calidad de vida era cercana al 40%, resultado similar al hallado tras el análisis factorial del cuestionario completo.

En cuanto a los ítems que componen el cuestionario, cabe señalar que la frecuencia de respuesta individual es muy elevada, así como la del conjunto del instrumento. Las respuestas se distribuyen a lo largo de toda la escala en casi la totalidad de las preguntas, aunque es frecuente encontrar «efecto suelo» en las cuestiones referentes a «apoyo directivo» y «efecto techo» en las relacionadas con la «motivación intrínseca». Esta situación se observaba de manera más acusada en el estudio de Cabezas, aunque en aquel caso, además, se encontraba «efecto suelo» en algunas preguntas relacionadas con las cargas de trabajo²⁴. La desaparición de este fenómeno unos años después puede estar relacionada con un aumento objetivo de las cargas de trabajo que se han constatado en el ámbito de la atención primaria en nuestro entorno^{23,24} o con una disminución de la tolerancia a estos factores estresores. El caso es que hay más profesionales que perciben en alguna medida molestias físicas en el trabajo y consecuencias negativas para la salud (preguntas 19 y 33).

La elevada percepción de la motivación intrínseca se ha observado en más ocasiones, también con el uso de otros instrumentos de medida²¹. Es posible hallar un «efecto techo» en las preguntas de esta categoría.

La distribución de las respuestas en cada variable se extiende por un amplio rango, lo que podría aproximarlas a una variable continua. Sin embargo, la forma de esta distribución es claramente asimétrica y en ningún caso es compatible con la normal. Esto dificulta el uso de pruebas paramétricas para su comparación, salvo que éstas hayan demostrado su consistencia para desviaciones del supuesto de normalidad²⁶. Por el contrario, si resultan compatibles con la distribución normal las medidas resumen del «apoyo directivo» y «cargas de trabajo». En el caso de la «motivación intrínseca» existe una asimetría producida por respuestas con puntuaciones muy bajas, que quizá reflejan la situación de profesionales con síndrome de burnout, cuya prevalencia se muestra elevada en estudios previos^{21,27}, pero que no vemos reflejada al medir la motivación.

En definitiva, nos encontramos con un instrumento fácil de aplicar, con el que se consiguen índices de respuesta aceptables, que se basa en un marco concep-

tual establecido y con un comportamiento estable en diferentes medios, lo que nos permite proponerlo como una de las herramientas de referencia en atención primaria para la medición de la calidad de vida en el trabajo que, a su vez, nos capacita para establecer comparaciones entre diferentes organizaciones y lugares.

Agradecimientos

A todos los profesionales y a la Dirección del Área 11 de Atención Primaria de Madrid, por su colaboración y apoyo.

Los datos necesarios para la elaboración de este trabajo se obtuvieron durante la realización de un proyecto de investigación sobre Calidad de vida profesional y clima laboral, financiado parcialmente por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS expta. 01/0874).

Bibliografía

1. Yero J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 1996;104:538-40.
2. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Routh U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990, and 1996: lessons for the future? *Fam Pract* 2000;17:364-71.
3. Newman K, Maylor U. The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Serv Manage Res* 2002;15:93-105.
4. Maslach C. «Burnout». *Hum Behav* 1976;5:16-22.
5. Mingola JC. Síndrome «burnout» o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998;5:493-500.
6. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC* 1998;5:491-2.
7. De Pablo R, Subervola JF. Prevalencia del síndrome de «burnout» o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
8. Oliver C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
9. Caballero MA, Barreiro F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al «burnout» en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7.
10. Cebría J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y «burnout» en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
11. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. «Burnout» en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002;29:294-302.
12. Sobrequés J, Cebría J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31:227-33.
13. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomotilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31:564-71.
14. Molit J, Párr JM. El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Rev Psicol Trab Org* 1989;4:179-87.
15. Miñano J, Verdú MA, Larranzar MJ, Molinos FJ. La satisfacción laboral en el Hospital Asapayo-Sant Cugat del Vallés. *Gestión Hospitalaria* 2002;13:26-30.
16. Escriba-Aguir V, Barrabe-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002;16:487-96.
17. Escriba-Aguir V, Mas R, Flores E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit* 2001;15:142-9.
18. Acómer F, López C, López-Tomas J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:401-7.
19. Clúa JL, Aguilár C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Aten Primaria* 1998;22:308-13.
20. Anglada N, Cañadal E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas de Alt y Baix Empordà. *Aten Primaria* 2000;25:90-6.
21. Fernández M, Molino A, Villanueva A, Antraco C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:139-47.
22. Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* 2002;30:483-9.
23. Mira JJ, Vitalier J, Bull JA, Aranz J, Rodríguez-Martín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-40.
24. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC* 2000;7:53-68.
25. Cortés JA, Martín J, Morante M, Caboblanco M, Garjo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003;32:288-95.
26. Argimón JM, Jiménez J. Validación de cuestionarios. En: Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J, editores. *Métodos de In-*

- investigación clínica y epidemiológica. 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2000; p. 167-75.
27. Rout U. Job stress among general practitioners and nurses in primary care in England. *Psychol Rep* 1990;85:981-86.
28. Froebom DK, Hooker RS, Pope CR. Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care. *Eval Health Prof* 2002;25:239-54.
29. Análisis factorial. SPSS Base 8.0. Manual del usuario. Chicago: SPSS Inc., 1998; p. 315-25.
30. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariable methods. 2nd ed. Belmont: Duxbury Press, 1987.
31. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
32. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bal M, Pifol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003;32:135-4.
33. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMERGEN y CEMS. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. Documento Grupo de Consenso. Barcelona: SEMFYC, 2001.
34. Dura T, Gurpide N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias estacionales. *Aten Primaria* 2001;27:244-9.
35. Casas J, Repullo JR, Perola J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001;116:789-96.
-
-

Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México

Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory (Hss) in workers in western México

Carolina Aranda Beltrán¹, Manuel Pando Moreno¹,
José Guadalupe Salazar Estrada¹

Resumen

Objetivo: validar el Maslach Burnout Inventory (instrumento mayormente empleado para evaluar el síndrome) en 1958 trabajadores de diferentes actividades económicas, cualificados y no cualificados, del occidente de México.

Material y métodos: la estructura factorial de la guía se evaluó mediante un análisis factorial con el método de componentes principales, rotación varimax y determinación del valor alfa de Cronbach, así como identificación del valor Eigen para cada ítem y el porcentaje de varianza explicado.

Resultados: se obtuvieron alfas de Cronbach de .658 para toda la escala y un 41.6% de varianza explicada, mientras que por dimensiones, para Agotamiento Emocional el alfa fue de .835, en Despersonalización de .407 y en Falta de Realización de .733.

Conclusiones: se asume que la escala se encuentra en el rango de aceptable para su utilización, tomando con precaución los valores que se obtuvieron para la subescala de despersonalización.

Palabras clave: confiabilidad, validación, escala, Síndrome de burnout.

Abstract

Objective: validate the Maslach Burnout Inventory (scale mostly used to assess syndrome) in 1958 workers skilled and unskilled of different activities in Western Mexico.

Material and methods: the factorial structure of the guide was evaluated by a factor analysis with principal components method, varimax rotation, determination of Cronbach's alpha and identification of eigenvalue for each item and the percentage of variance explained.

Results: Cronbach's alphas of .658 for the entire scale and 41.6% of explained variance were obtained, while on dimensions, for emotional exhaustion alpha value was of 0.835, in depersonalization alpha value was of .407 and .733 in lack of fulfillment.

Conclusions: it is assumed that the scale is in the range acceptable for use, taking with caution the values obtained for the depersonalization subscale.

Keywords: reliability, validation, scale, Burnout syndrome.

¹Profesores investigadores del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (México).
Correspondencia: Dra. Carolina Aranda Beltrán. Joaquín Aguirre Berlanga n° 970, Colonia Jardines Alcalde. C.P. 44290. Teléfono: 38 24 70 56. Guadalajara (Jalisco, México).

INTRODUCCIÓN

Cada país tiene su propio criterio y restricciones para definir las enfermedades laborales, sin embargo, la mayoría coincide con la definición propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que la define como “una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral”. Hay que tomar en cuenta que algunos países solo incluyen en su definición a aquellas enfermedades laborales manifestadas por los riesgos físicos, químicos y biológicos y olvidan los riesgos psicosociales y los ergonómicos (1,2).

Ahora bien, en cuanto a las enfermedades profesionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue a las enfermedades profesionales de las enfermedades vinculadas con el trabajo, y pone énfasis en que las primeras son aquellas inherentes y relacionadas directamente con el trabajo y las segundas solo quedan con algún vínculo por ser las más frecuentes y de origen multifactorial (3).

Más de 2,3 millones de trabajadores a nivel mundial fallecen por riesgos laborales al año (4). Específicamente, las cifras de estrés laboral a nivel europeo han fluctuado entre el 22.3 % en 2007 (5) y 74 % en 2013 y un 53 % en 2014 (6), mientras que en México en 2010 el estrés laboral ocupaba el segundo lugar a nivel mundial (7), ya para 2013 dominaba los primeros lugares, afectando al 75% de los mexicanos (8).

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS (institución de seguridad social nacional dedicada al bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana con mayor número de población derechohabiente) refiere que al término de 2014 se

reportaron 1314 defunciones por riesgos laborales, 415 660 accidentes de trabajo (9). En cuanto a enfermedades laborales, de 2012 al 2014, los tres primeros lugares los ocupaban las hipoacusias, neumoconiosis y las entesopatías y/o dorsopatías (10).

De acuerdo con la OMS y la OIT, según Rodríguez y Moreno (11), el estrés laboral en México continúa ocupando los primeros lugares a nivel mundial, donde las causas probables de este estrés son el exceso o escasez de trabajo, los horarios estrictos o inflexibles, la inseguridad laboral, malas relaciones con los compañeros y falta de apoyo por parte de la familia.

Una patología moderna derivada del estrés crónico laboral al que se exponen los trabajadores con motivo de su trabajo es el síndrome de burnout (12).

“Burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo (13). Según el *Diccionario de la Lengua Española*, se entiende por “síndrome” el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad; entonces el síndrome de burnout corresponde a un tipo de respuesta al estrés, entendido como un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, el cual reúne una serie de signos y síntomas característicos (12,14) y genera en algunas personas hasta sentimientos de culpa (15).

Así, desde la perspectiva psicosocial, la definición con mayor aceptación es la propuesta por Maslach y Jackson (12), quienes lo definen como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales que trabajan en contacto con personas y que se manifiesta en tres factores: Agotamiento fisi-

co y/o emocional, Despersonalización y Baja realización personal en el trabajo (pudiendo presentarse las tres cuestiones a la vez, o dos o una)(12,16).

Con base en la diversidad de modelos teóricos explicativos, como los de tres fases de Selye (18), el de Demanda-Control-Apoyo social de Karasek (19), o los elaborados desde la teoría estructural de Gil-Monte, Peiró y Varcárcel (20) o como los enfocados a dos perfiles con sentimientos de culpa y con altos sentimientos de culpa de Gil-Monte (15), es como han surgido diversos constructos para la comprensión de dicha variable. Asimismo, se han estructurado diferentes instrumentos que ayudan a la evaluación del síndrome: el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (21), el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (12), el instrumento realizado por Barraza y cols. (22), la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (EUBE), por mencionar algunos.

Desde su elaboración, el MBI ha sido uno de los instrumentos más empleados para evaluar el síndrome de burnout. Gracias a su factorización el concepto de "síndrome de quemarse" es mayormente aceptado, el cual necesita para su construcción de cinco modelos teóricos sobre todo de tipo organizacional (14).

El objetivo de este trabajo fue validar la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) en trabajadores de diversas economías laborales del occidente de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Transversal descriptivo.

Población

Para determinar el tamaño de la población se tomaron en cuenta los criterios y recomendaciones de Morales (17), el de utilizar una muestra 10 veces mayor que el número de variables o ítems $N = 10k$, donde k es el número de ítems o variables.

Participaron en el estudio 1958 trabajadores de diferentes actividades económicas, cualificados y no cualificados, del occidente de México. Del total de los participantes, el 28.4 % fueron mujeres y un 71.6 % hombres.

La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 84, con un promedio de edad de 41.7 años y una desviación estándar de 10.9.

La mayoría de la población mantiene una relación de pareja (75.1%), sean casados o en unión libre, seguidos en frecuencia por los solteros (16.1%), el resto estaban viudos, divorciados o separados.

En cuanto a la escolaridad (27.6 %), algunos trabajadores tenían el grado escolar de licenciatura, seguidos por el nivel de preparatoria y/o especialidad, maestría o doctorado. Sin embargo, un gran porcentaje contaba también con el nivel de secundaria (17.9 %).

En cuanto al horario laboral, el turno matutino fue el más concurrido (49.6 %), seguido del mixto o variable (22.8 %).

La antigüedad laboral dentro de la institución va desde un mes hasta 43 años, con un promedio de 13.8 años.

En cuanto a la antigüedad en el puesto, esta oscila entre un mes y 42 años, con un promedio de 9.6 años.

Descripción y metodología del instrumento "Maslach Burnout Inventory" (MBI) de Maslach y Jackson

Originalmente el instrumento contaba con 25 ítems y cuatro factores: Agotamiento emocional, Despersonalización, Baja realización personal en el trabajo e Implicación por el trabajo (12).

La escala presentaba dos formas de valorarse: una de frecuencia y otra de intensidad. Más tarde las autoras de la escala deciden retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad (23); además de que por su empleo con diversas muestras en colectivos profesionales (maestros, enfermeras/os, trabajadores sociales, directivos, policías, médicos, auxiliares de clínica y otros profesionales) es por lo que su factorización proyecta que dicha escala se compone de tres factores o subescalas: la subescala de Agotamiento emocional (EE por sus siglas en inglés) está compuesta por 9 ítems, la de Despersonalización (D) por 5 y la de Baja realización personal en el trabajo (PA) por 8; se eliminó la de Implicación por el trabajo y la escala quedó entonces con 22 ítems (14). Según los puntajes para cada factor o subescala, las dos primeras altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, mientras que en la última, en la de Baja realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones pertenecen a altos sentimientos de quemarse.

Procedimiento y diseño estadístico

Se llevó a cabo la aplicación de la escala en los sujetos participantes, se codificaron los ítems y se capturaron en el programa estadístico Epi Info versión 6.04, la cual fue transportada al programa SSPS versión 19 para Windows para su respectivo análisis factorial. La estructura factorial de la guía se evaluó me-

dante un análisis factorial con el método de componentes principales, rotación varimax y determinación del valor alfa de Cronbach. Pevio a dicho análisis se consideraron los criterios de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el valor de esfericidad de Bartlett para determinar la pertinencia del análisis factorial. Dicho análisis se efectuó con componentes principales y rotación varimax, determinando el valor de Eigen para cada ítem, el porcentaje de varianza explicado.

Consideraciones éticas

Este estudio es considerado sin riesgo (categoría uno); entendiéndose por "riesgo de la investigación" la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, según el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17 (24).

RESULTADOS

Análisis de fiabilidad

Los datos se sometieron a las pruebas de fiabilidad a través del programa SPSS v19, con una población de 1958 trabajadores.

Se obtuvo un alfa de Cronbach de .658 para toda la escala, con un 41.6 % de varianza explicada. En la determinación por dimensiones se obtuvieron las siguientes puntuaciones de alfa de Cronbach: Agotamiento Emocional: .835; Despersonalización: .407 y Falta de Realización: .733.

Análisis factorial

Se realizó un análisis factorial y una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-

Oikin (KMO), lo cual resultó con .894. Para la prueba de esfericidad de Bartlett, la chi cuadrado fue de 10460.857, con 231 grados de libertad, a un nivel de significancia de .000. El valor Eigen de la matriz de componentes principales proyectó resultados diversos para toda la guía.

Para la obtención de las cargas factoriales (valores Eigen), la rotación inicial se presentó

en cuatro factores, en los que los ítems "Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes", "Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes" y "Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros" se agrupaban en el factor cuatro; todos estos ítems pertenecen a la dimensión de Falta de Realización (tabla 1).

Tabla 1. Matriz de componentes rotados en cuatro factores para la escala de Maslach Burnout Inventory (HSS)

Ítems	Componente			
	1	2	3	4
N1EE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	.810			
N2EE Al final de la jornada me siento agotado.	.793			
N3EE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	.738			
N6EE Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	.647			
N8EE Me siento "quemado", "fatigado" por el trabajo.	.741			
N13EE Me siento frustrado por mi trabajo.	.524			
N14EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	.418			
N16EE Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés.	.591			
N20EE En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.				.639
N4PA Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	.356			.651
N7PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.				.600
N9PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.				.600
N12PA Me encuentro con mucha vitalidad.		.484		
N17PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.		.716		
N18PA Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.		.704		
N19PA He realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo.		.636		
N21PA Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.		.571		
N5D Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.			.507	
N10D Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.			.664	
N11D Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.				.531
N15D Realmente no me importa lo que le ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo atender.		.343		.531
N22D Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.			.442	

Fuente: Elaboración propia.

Varianza explicada 46.315

Cuando la rotación se forzó a tres factores, todos los ítems correspondientes al Agotamiento Emocional se agruparon en el factor 1, excepto "En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades", que se colocó en el factor 3, en el que predominan los ítems de Despersonalización (tabla 2).

Congruentemente, todos los ítems correspondientes a la dimensión Falta de Realización se agruparon en el factor 2, en el que no se incluyó ningún ítem de otras dimensiones (tabla 2).

Por su parte, los ítems correspondientes a la dimensión de Despersonalización fueron los que se presentaron más dispersos, ya que dos de ellos: "Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos" y "Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas", se agruparon en el factor 1 y los otros tres en el factor 3; además, estos dos ítems que se agruparon en el factor 1 son los que obtuvieron los valores Eigen más bajos y no aceptables, con .371 y .351, respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Matriz de componentes rotados en tres factores para la escala de Maslach Burnout Inventory (HSS)

Ítems	Componente		
	1	2	3
N1EE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	.793		
N2EE Al final de la jornada me siento agotado.	.748		
N3EE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	.714		
N6EE Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	.694		
N8EE Me siento "quemado", "fatigado" por el trabajo.	.758		
N13EE Me siento frustrado por mi trabajo.	.636		
N14EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	.536		
N16EE Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés.	.625		
N20EE En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.			.441
N4PA Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	.495		
N7PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	.596		
N9PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	.563		
N12PA Me encuentro con mucha vitalidad.	.615		
N17PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	.681		
N18PA Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	.636		
N19PA He realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo.	.561		
N21PA Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.			.574
N5D Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	.371		
N10D Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.			.637
N11D Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.			.456
N15D Realmente no me importa lo que le ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.			.545
N22D Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	.351		

Fuente: Elaboración propia.

Varianza explicada de 41.653

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta que la confiabilidad de un instrumento se calcula mediante el método alfa de Cronbach y que los valores igual o mayores a 0.60 son considerados en el límite inferior de aceptabilidad (25, 26, 27), existen reportes en estudio con profesores en los que se revelan cifras de alfa de Cronbach de 0.89 para la globalidad de la escala, de 0.92 para la dimensión de Agotamiento Emocional, en Despersonalización de 0.76 y para Falta de Realización de 0.55 (28).

Por su parte, Olivares, Mena, Jélvez-Wilke y Macía (29) en profesionales de servicios muestran valores de alfa para toda la escala de 0.74 para Agotamiento Emocional de 0.86, en Despersonalización de 0.72 y para Falta de Realización de 0.76.

Para Cañadas de la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García de la Fuente (30), las alfas para cada dimensión se reportaron de la siguiente manera: un 0.88 para Agotamiento Emocional, 0.77 para Falta de Realización y 0.58 en Despersonalización en profesionales de la salud.

Otro estudio realizado en profesionales sanitarios mexicanos (31) muestra valores alfa para la dimensión de Agotamiento Emocional de 0.81, en Despersonalización 0.32 y en falta de Realización Personal de 0.80, indicando haber obtenido valores aceptables en cada dimensión.

Meda, Moreno, Rodríguez, Morante, Ortiz (32) en la validación de la escala de Maslach Burnout Inventory en psicólogos mexicanos refieren que los valores de alfa para las dimensiones de Agotamiento Emocional y Baja Realización fueron ampliamente aceptables, no así para Despersonalización (0.53).

Manso (33), en una encuesta a asistentes sociales chilenos, obtuvo que la confiabilidad obtenida para las subescalas Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal fueron de 0.82, 0.80 y 0.85, respectivamente.

Para Gil-Monte y Peiró (34), los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach fueron 0.72 para Realización Personal en el trabajo, 0.87 para Agotamiento Emocional y 0.57 para Despersonalización.

Comparando los resultados anteriores con los de este estudio observamos cifras por debajo de las reportadas por Buzzetti (28) en cuanto a la globalidad de la escala, la dimensión Agotamiento Emocional y Despersonalización, no así para la dimensión de Falta de Realización, en la que la cifra es superior (0.73); sin embargo, cifras muy similares se observan al comparar con el estudio de Olivares et al. (29) para la globalidad de la escala, para Agotamiento Emocional y en Falta de Realización, con excepción de la dimensión de Despersonalización, en la que en este estudio las cifras están muy por debajo, como en la mayoría de los estudios reportados (32), pero por arriba de las de Hernández, Llorens y Rodríguez (31) en cuanto a la dimensión de Despersonalización se refiere.

Otros estudios, como el de Manso (33) y Gil-Monte y Peiró (34), refieren altos valores de alfa para cada dimensión; aun así la dimensión de Despersonalización es la que obtiene cifras más bajas.

En este trabajo se obtuvieron cifras de varianza explicada del 46.3 % para cuatro factores y de 41.6 % ajustado a tres factores. En todo caso estas cifras fueron muy similares a las reportadas por Gil-Monte y Peiró (34), siendo

de un 48.9 % para cuatro factores y ajustado a tres factores del 43.7 % de la varianza total.

Olivares et al. (29) y Meda et al. (32) obtuvieron cifras de varianza explicada también similares a nuestro estudio de 42.4 y 46.9 % en la matriz de componentes rotados en tres factores.

Además, los mismos autores (29) en su validación del MBI-HSS explican que eliminaron por baja carga factorial los ítems "Me siento frustrado por el trabajo" y "En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades" de la dimensión Agotamiento Emocional, mientras que a "Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro" lo eliminaron más que por su baja carga factorial por haberse inclinado hacia el tercer factor, cosa que no sucedió en nuestro estudio; la mayoría de sus ítems se mantuvieron en un factor; solo el ítem "En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades," mencionado también por Olivares et al. (29), se ubicó con los de baja realización en el trabajo. Sin embargo, para Buzzetti y cols. (28), todos los ítems de la dimensión Agotamiento Emocional se cargaron para un solo factor.

En el trabajo de Manso (33), los ítems "Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro", "El trabajar en contacto directo con... me produce mucho estrés" y "En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades", correspondientes a la dimensión de Agotamiento Emocional, saturaron para el factor de Despersonalización.

Para Gil-Monte y Peiró (34), los 9 ítems de la dimensión de Agotamiento Emocional se integraron en un factor, solo que junto con ellos el ítem "Me encuentro con mucha vitalidad", de la dimensión de Baja Realización, también se integra a ellos.

Lo mismo pasa con la dimensión de Falta de Realización en el trabajo: mientras que en el estudio de Olivares et al. (29) los ítems "Me encuentro con mucha vitalidad" y "Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo" fueron retirados del estudio, en el de Buzzetti y cols. (28) todos los ítems cargaron para factores distintos, mientras que en Gil-Monte y Peiró (34) el ítem "Me encuentro con mucha vitalidad", de la dimensión de Baja Realización, también se establece en el de Agotamiento Emocional. En este trabajo todos los ítems de la dimensión de Falta de Realización en el trabajo se ubicaron en un solo factor.

Por último, los ítems de la dimensión Despersonalización muestran un comportamiento diferente: mientras que en Olivares et al. (29) los cinco ítems se ubicaban en un solo factor y se integraba el de "Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro", de la dimensión de Agotamiento Emocional, en el nuestro, cuatro de ellos se integran a un factor, pero los ítems "Creo que trato a algunos... como si fueran objetos" y "Siento que los... me culpan de algunos de sus problemas" se agrupan con los de Agotamiento Emocional. Diferente pasa en el estudio de Buzzetti y cols. (28), en el que los ítems "Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago ese trabajo" y "Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente" se agrupan en distintos factores. Sin embargo, en Gil-Monte y Peiró (34), además de permanecer todos sus ítems en el mismo factor, dos ítems de la dimensión de Agotamiento Emocional se unen a ellos: "Trabajar con... todos los días es una tensión para mí" y "Trabajar en contacto directo con los... me produce mucho estrés".

Tomando los criterios de interpretación de Muñiz et al. (35) y de Prieto y Muñiz (36) hemos obtenido un alfa de Cronbach en el rango de adecuada pero con déficit para la escala completa y valores que catalogan como bueno para el Agotamiento Emocional, adecuado para la Falta de Realización e inadecuado para la Despersonalización.

Del análisis de valores Eigen, el Agotamiento Emocional fue el que se presentó más sólido y congruente, la Falta de Realización la que presentó 3 ítems con valores no aceptables y la Despersonalización la que presentó mayor dispersión de sus ítems.

Asumimos que la escala está en el rango de aceptable para su utilización, tomado con precaución los valores que se obtengan para despersonalización.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: recursos propios.

REFERENCIAS

1. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y lista de la OIT relativa a las enfermedades profesionales* (Informe 1). 2002. Disponible en: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/.../wcms_112630.pdf
2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *La definición de los accidentes de trabajo*. 2015. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ssos/documentos/cobertura_riesgos/secsoc/anexoii.html
3. Rey P, Lesage, M. *Indemnización a los trabajadores: temas relacionados*. En: J. Mager *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. España: Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Seguridad y Salud en el trabajo*. 2016. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang-es/index.htm>.
5. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica* 2007; 91: 4-11.
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). *Europa contra el estrés* 2014;79. Disponible en: www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../Rev_INSHT/2014/79/SST79.pdf
7. Thorton G. *Over half of business owners feeling increasingly stressed*. International Business Report. 2010. Disponible en: http://www.granthornton.am/en/news/feeling_increasingly_stressed
8. Vera M. En el sistema capitalista los individuos viven para trabajar, no trabajan para vivir. *Semanario de la LIAM* 2013; 19(22): 4-5.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Memoria Estadística 2014*. 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>
10. Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). *Información sobre Accidentes y Enfermedades de Trabajo Nacional 2005-2014*. 2014. Disponible en: autogestion.stps.gob.mx:8162/pdf/Nacional%202005-2014.pdf.
11. Rodríguez J, Moreno T. Encabeza México estrés laboral: OTI. 24 HORAS 2015, mayo;18. Disponible en: <http://www.24-horas.mx/encabeza-mexico-estres-laboral-oti/>
12. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychology Press; 1981.
13. Freudenberger, H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974;30: 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
14. Gil-Monte PR, Peiró J.M. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Síntesis; 1997.

15. Gil-Monte PR. *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide; 2005.
16. Ferrando J, Pérez J. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Rev. Psiquiatría de la Facultad de Medicina* 1996; 23(1): 11-18.
17. Morales P. *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2011. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnálisisFactorial.pdf>
18. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 1936;138: 32-32. doi:10.1038/138032a0
19. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24: 285-311. doi: 10.2307/2392498
20. Gil-Monte P, Peiró J, Valcárcel P. A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. En: *VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*. Győr, Hungría; 1995.
21. Jones J. W. *The Staff Burnout Scale For Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House; 1980.
22. Barraza A, Carrasco R, Arreola, M. G. Burnout Estudiantil. Un estudio exploratorio. En: Barraza A, Gutiérrez D, Cenicerós D. (Ed.). *Alumnos y profesores en perspectiva*. Durango: Universidad Pedagógica de Durango. 2008. p. 68-84.
23. Maslach C, Jackson S E. *Maslach Burnout Manual*. California: Palo Alto; 1986.
24. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1984. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
25. Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1967. p. 640.
26. Huh J, Delorme D, Reid L. Perceived third-person effects and consumer attitudes on preventing and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs* 2006;40: 90. doi: 10.1111/j.1745-6606.2006.00047.x
27. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black, W. *Análisis Multivariante 5ª ed*. Madrid: Prentice Hall; 1999.
28. Buzzetti M. *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores AG de Chile*. (Tesis Licenciatura). Universidad de Chile, Santiago; 2005. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137677>
29. Olivares V, Pucheu J, Jélvez C, Macía F. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica* 2014;13(1):145-159. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
30. Cañadas G, San Luis C, Lozano L, Vargas C, García I, de la Fuente E. Evidencia de validez factorial de Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol* 2014;46(1): 44-52. doi: 10.1822973
31. Hernández C, Llorens S, Rodríguez A. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fórum de pesquisa* 2011;16: 837-846.
32. Meda R, Moreno B, Rodríguez A, Morante E, Ortiz G. Análisis Factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud* 2008;18(1): 107-116.
33. Manso, J. Estructura factorial del maslach burnout inventory-version human services survey-en Chile. *Interamerican Journal of Psychology* 2006;40(1):111-114.
34. Gil-Monte P, Peiró J. Validez factorial de Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999;11(3): 679-689.
35. Muñiz J, Fidalgo A M, García-Cueto E, Martínez R, Moreno R. *Análisis de ítems. Cuadernos de Estadística nº 30*. Madrid: La muralla; 2005.
36. Prieto G, Muñiz J. Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo* 2000;77: 65-72.