



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Síndrome de burnout y rendimiento laboral del personal
de enfermería de la Microred Collique, 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Br. Cruz Flores, Moisés Ricardo

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales.

PERÚ – 2017

Página del jurado

Dr. Juan Méndez Vergaray

Presidente

Dr. Mitchell Alarcón Díaz

Secretario

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

Vocal

Dedicatoria

A mi familia, inspiración constante para
nuestra superación y anhelos.

Moisés.

Agradecimiento

Al personal directivo de la Universidad Cesar Vallejo – Lima Norte por su apoyo constante en los trámites administrativos.

Al director de la Microrred Collique y a los jefes de los centros de salud de la misma Microrred.

A mis profesores, especialmente al Dr. Joaquín Vértiz Osore, amigo y Maestro. A nuestros colegas y amigos por su colaboración en la terminación de este trabajo de investigación.

Declaratoria de autenticidad

Yo Cruz Flores, Moisés Ricardo estudiante del Programa Gestión de los servicios de la salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 06261163 con la tesis titulada “Síndrome de burnout y rendimiento laboral del personal de enfermería de la Microred Collique, 2015”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) 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.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) 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 la falta de 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, 18 de diciembre del 2016

Firma

Br. Cruz Flores, Moisés Ricardo

DNI: 06261163

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Síndrome de burnout y rendimiento laboral del personal de enfermería de la Microred Collique, 2015”, la misma que someto a vuestra consideración esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Los contenidos que se desarrollan son:

I: Introducción: En esta parte se hace una revisión panorámica sobre el tema en el cual se plantea la situación problemática y la intencionalidad del proyecto de investigación manifestada en los objetivos. En el marco teórico se narran los antecedentes y las teorías que lo sustentan.

II: Marco Metodológico: En esta parte se precisa el tipo de investigación, diseño, variables y su operacionalización, se precisan los métodos y técnicas de obtención de datos, se define la población y se determina la muestra. Por último se señala el tipo de análisis de los datos.

III: Resultados: Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos propuestos, para ello se utilizaron gráficos y tablas donde se sistematizaron los datos obtenidos en la investigación.

IV: Discusión: Se comparan los resultados obtenidos por otros investigadores y se hace la respectiva confrontación con todos los antecedentes.

V: Conclusiones: Se sintetizan los resultados y se formulan a manera de respuestas a los problemas planteados en la introducción.

VI: Recomendaciones: Emergen de las discusiones del estudio. Están orientados a las autoridades del sector y también a los investigadores.

VII: Referencias Bibliográficas contiene la lista de todas las citaciones contenidas en el cuerpo de la tesis.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Br. Cruz Flores, Moisés Ricardo

Índice

	Página
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción.	
1.1. Antecedentes	14
1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística	18
1.3. Justificación	40
1.4. Problema	42
1.5. Hipótesis	44
1.6. Objetivos de la investigación	45
II. Marco Metodológico.	
2.1. Variables	47
2.2. Operacionalización de variables	49
2.3. Metodología	49
2.4. Tipo de estudio	50
2.5. Diseño de investigación	50
2.6. Población, muestra y muestreo	50
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52

2.8. Métodos de análisis de datos	55
III. Resultados.	
3.1. Descripción de resultados	57
3.2. Contraste de hipótesis	65
IV. Discusión	69
V. Conclusiones	72
VI. Recomendaciones	74
VII. Referencias Bibliográficas	76
VIII. Apéndices	82

Lista de tablas	Pág.
Tabla 1. Frecuencias del personal de enfermería distribuida de acuerdo al rango etario por cada centro de salud.	57
Tabla 2. Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de clasificación en las dimensiones del síndrome de Burnout	59
Tabla 3. Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad	61
Tabla 4. Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad laboral efectiva	62
Tabla 5. Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de promedio de trabajo efectivo por producto	63
Tabla 6. Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de esfuerzo individual por producto	64
Tabla 7. Prueba de correlación Rho Spearman entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería	65
Tabla 8. Prueba de correlación Rho Spearman entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería	66
Tabla 9. Prueba de correlación Rho Spearman entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería	67
Tabla 10. Prueba de correlación Rho Spearman entre el síndrome de burnout y la productividad del personal de enfermería	68

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Síntomas del síndrome de Burnout.	20
Figura 2. Conductas del síndrome de Burnout en el personal de salud.	20
Figura3. Síntomas generales del síndrome de Burnout.	31
Figura 4. Detalle del instrumento MBI.	48
Figura 5. Distribución porcentual de las frecuencias del personal de enfermería de acuerdo al rango etario en la Microrred Collique	58
Figura 6. Frecuencias del personal de enfermería evaluado distribuidos de acuerdo al centro de salud de la Microrred Collique	58
Figura 7. Distribución de las frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al nivel de clasificación en las dimensiones del síndrome de Burnout	60
Figura 8. Distribución de las frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al nivel de clasificación en las dimensiones del síndrome de Burnout	60
Figura 9. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad	61
Figura 10. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad laboral efectiva	62
Figura 11. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de promedio de trabajo efectivo por producto	63
Figura 12. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de promedio de trabajo efectivo por producto	64

Resumen

Con el objetivo de Determinar la relación del Síndrome de Burnout en enfermeras y la productividad de los profesionales de enfermería que laboran en la Microred Collique, se plantea esta investigación tipo básica, de diseño no experimental, descriptivo correlacional.

Se evaluaron a 29 enfermeras de la microred Collique, distrito de Comas, Lima. Se usó la técnica de encuesta y observación para el recojo de los datos. Los mismos que se procesaron mediante la prueba de correlación Rho Spearman ($\alpha = 0,05$).

Las conclusiones fueron: Existe relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique siendo una relación negativa (Inversa) y fuerte ($r = -0,725$) interpretándose que a mayor Agotamiento emocional, entonces menor productividad. Asimismo hubo relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre la despersonalización y la productividad de este personal de enfermería, siendo una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,644$) interpretándose que a mayor despersonalización, entonces menor productividad. Existe relación significativa ($p=0,002<0,05$) entre la falta de realización personal y la productividad, siendo una relación negativa (Inversa) aunque baja ($r = -0,451$) interpretándose que a mayor falta de realización personal, entonces menor productividad y finalmente Existe relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre el síndrome de Burnout y la productividad siendo una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,585$) interpretándose que a mayor Síndrome de burnout, entonces menor productividad.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, productividad laboral.

Abstract

With the objective of determining the relationship between Burnout Syndrome in nurses and the productivity of nursing professionals working in the Microred Collique, this basic type research, of non-experimental, descriptive correlational design, is proposed.

Twenty-nine nurses from the microred Collique, Comas district, Lima, were evaluated. The survey and observation technique was used to collect the data. The same ones were processed by the Rho Spearman correlation test ($\alpha = 0.05$).

The conclusions were: There is a significant relationship ($p = 0.000 < 0.05$) between emotional exhaustion and nursing staff productivity in the Microred Collique being a negative (Reverse) and strong ($r = -0.725$) ratio, Emotional exhaustion, then less productivity. There was also a significant ($p = 0.000 < 0.05$) relationship between depersonalization and productivity of these nursing staff, with a negative (Reverse) but moderate ($r = -0.644$) ratio being interpreted as greater depersonalization, then lower productivity. There was a significant relationship ($p = 0.002 < 0.05$) between the lack of personal fulfillment and the productivity, being a negative (Reverse) but low ($r = -0,451$) relation interpreted as a greater lack of personal fulfillment, Finally, there was a significant ($p = 0.000 < 0.05$) relationship between Burnout syndrome and productivity, with a negative (Reverse) but moderate ($r = -0.585$) relation being interpreted as a greater burnout syndrome, thus lower productivity.

Key Words: Burnout syndrome, labor productivity.

I. Introducción.

1.1. Antecedentes de la investigación.

Internacionales.

Según Tapia, Ávalos y Vargas (2009) desarrollaron un estudio descriptivo sobre Síndrome de Burnout en Enfermeras de un Hospital Regional Identificar la frecuencia de síndrome de Burnout en el personal de enfermería, que labora en turno matutino del Hospital General Regional 1 de Morelia Michoacán. La muestra estuvo conformada por 106 enfermeras durante seis meses, se les aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, para estimar la presencia de Burnout, y el nivel de dimensiones quemadas. Resultados: En 91.5 % de las enfermeras se encontró al menos una de las dimensiones quemadas. Los niveles de compromiso en cada una de las dimensiones corresponden, 63.2 % quemadas en nivel bajo 19.8 % quemadas en nivel medio y 8.5 % en niveles altos, y sólo 8.5 % de las enfermeras no presentaron ninguna dimensión quemada. La población de enfermeras encuestadas presentó una prevalencia del síndrome de Burnout de 8.5 %. Las conclusiones fueron las siguientes: La incidencia global de Burnout fue similar a la reportada por otros estudios realizados en enfermeras mexicanas. La población de enfermeras encuestadas presentó una prevalencia del síndrome de Burnout inferior a la encontrada en enfermeras de México D.F., lo que podría deberse a un mejor manejo de las estrategias de afrontamiento a diversos estresores. La frecuencia de síndrome de Burnout en personal de enfermería del turno matutino del Hospital Regional 1 en Morelia fue similar a la de estudios mexicanos en poblaciones similares

Según Zavala *et al* (2011) realizaron un estudio de tipo cuantitativo y de corte transversal referente al Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. El Objetivo fue: Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout y los factores demográficos y laborales asociados a éste en el personal médico y de enfermería que labora en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Villahermosa, Tabasco, México,. Material y métodos. El diseño transversal. El universo: 42 médico(as) y enfermeras(os) adscritos a la UMF No. 43. La muestra: no probabilística por conveniencia. Criterios de selección: cualquier edad, sexo, categoría contractual y antigüedad. Las variables fueron: Edad, Sexo, Estado civil,

Escolaridad, Profesión, Turno laboral, Tipo de ejercicio profesional, antigüedad en el puesto de trabajo y síndrome de Burnout con sus tres componentes. Instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI). Análisis: estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Software: EpiInfoTM

3.3.2. Los resultados fueron los siguientes: Solo 38 profesionales de la salud, que el 60.5% fueron de sexo femenino y 39.5% sexo masculino. Edad media 40.6 ± 10.8 , intervalo 22-64 años. Profesión: Médicos(as) Cirujanos(as) 50%, Licenciados(as) en Enfermería 34.2%, Técnicos(as) en Enfermería 15.8%. Función laboral: 84.2% asistenciales y 15.8% administrativas. Antigüedad media 11.6 ± 8.9 , moda 2 años. Prevalencia de Síndrome de Burnout: 2.6%. No se encontró asociación con las variables incluidas. Conclusiones. La prevalencia del síndrome en esta serie fue menor a la reportada por diversos autores.

En Ecuador, Tuapanta, Yáñez y Barragán (2012) realizaron la investigación sobre el Estrés Laboral En Talento Humano De Enfermería Relacionado Con La Calidad De Atención Que Oferta Al Usuario Externo Que Acude Al Centro De Salud "Hospital San Miguel" La población con la que se realiza la investigación está constituida por: 14 enfermeras, 19 Auxiliares, 6 Internas Rotativas de Enfermería (total 39). El instrumento que se utilizó es escalas de actitudes u opinión (tipo Likert)

Conclusiones: El presente trabajo muestra diversas estrategias de afrontamiento ante el estrés de las enfermeras, así como la pertinencia, aplicabilidad y ejemplos para promover su realización, tomando en cuenta las condiciones ambientales, la flexibilidad de horarios, enriquecimiento en el puesto de trabajo, estructura organizacional, incentivación, estilos de dirección, Con esta información se pretende la difusión de las estrategias o medidas de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras, debido a las características de su actividad, se enfrentan cotidianamente a múltiples situaciones estresantes que demandan en ellas una acción rápida y eficaz, que propicie el menor riesgo para el paciente, familiares y equipo multidisciplinario con el cual trabajan.

Luna (2012) en su investigación sobre Medición de la productividad en una institución pública del sector salud presenta el diseño y la aplicación de un instrumento para medir y evaluar el nivel de funcionamiento y calidad de una institución pública del sector salud de la ciudad de Barquisimeto. Sustentó que las

instituciones públicas no miden sus resultados de gestión mediante indicadores de rentabilidad ni de valor en el mercado. Requieren responder a las necesidades de la comunidad y rendir cuentas por el uso de los recursos públicos que manejan. A pesar de ser organizaciones sin fines de lucro es importante llevar un control y registro de las actividades que en ella se realizan. Está elaborado bajo criterios legales y de acuerdo al concepto estratégico de la institución en estudio, fundamentado en las "buenas prácticas de gestión" para alcanzar una productividad adecuada y la satisfacción de los pacientes atendidos y, de esa manera, cumplir sus objetivos, operar de manera eficiente y adecuarse a los continuos cambios. El instrumento diseñado permite conocer la situación general de la organización respecto a las buenas prácticas de gestión, a fin de determinar una alta o baja calidad y productividad, así como las posibilidades de mejoras futuras. La aplicación del instrumento resulta de importancia para las direcciones de instituciones públicas del sector salud, ya que permite señalar las áreas deficientes y sirve de herramienta para un análisis detallado en la definición de áreas críticas y los correctivos necesarios.

En su investigación, Quezada (2013) pretendió determinar la presencia del síndrome de Burnout en el personal de salud y la relación con la calidad de atención que se brinda en pacientes hospitalizados del sector privado de la ciudad de Loja. Su proyecto fue de tipo cuantitativo-prospectivo-transversal-descriptivo-analítico. Los resultados mostraron la presencia del Burnout en un porcentaje correspondiente al 21,93%, con predominio mayoritario en: mujeres 33,33%, médicos especialistas 20,18%, personal médico con edad mayor a 61 años 42,86, con periodo laboral superior a 10 años 28,57% y cuya carga horaria incluya 7-9 horas/día 26,23%. Se evidencian niveles medios de realización personal y niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización. En lo que respecta a la calidad de atención se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes estuvieron satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, califican el componente objetivo y subjetivo como muy buena y buena. La presencia del Burnout es del 21,93% en el sector privado de salud y por tanto la calidad de atención en sus mayores índices tiende a ser buena y muy buena.

En Ecuador, Salazar (2014) se planteó determinar los niveles del Síndrome de Burnout presente en los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Provincial General de Latacunga y la forma de como este afecta a la atención que presentan estos profesionales a los usuarios, con la finalidad de plantear una propuesta acorde a los resultados obtenido. Para la medición del Síndrome de Burnout utilizó el test de Maslach aplicado a las 66 enfermeras Hospital Provincial General de Latacunga, Luego de la aplicación de las encuestas al personal logró determinar que los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Provincial General de Latacunga, se encuentra presente el Síndrome de Burnout en un nivel bajo en su mayoría en 55%., seguido por un aceptable nivel medio un 36% y un esperanzador 9% de nivel alto. El análisis por servicios del Hospital Provincial General de Latacunga nos muestra que los servicio más afectados son: Centro Quirúrgico, Consulta Externa y Medicina Interna, debido a que es este se encontró el Síndrome de Burnout en un nivel preocupantemente medio. El cansancio emocional encontrado en los profesionales de Enfermería del Hospital Provincial General de Latacunga es bajo a nivel general, la despersonalización presente en el personal es de un nivel medio y existe una optimista realización personal puesto que se encuentra está en un nivel alto. Se concluye que existe una relación con la aparición del Síndrome de Burnout y la antigüedad laboral presentándose en nivel bajo en los profesionales de Enfermería con más de 6 años de labor, colocando a los profesionales jóvenes

Nacionales.

En Lima, Apaza, Mendoza y Zegarra (2009) realizaron un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal con el propósito de identificar la prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. La muestra estuvo constituida por 36 médicos psiquiatras, por lo cual se aplicó el cuestionario Malash Burnout Inventory y ficha de datos socios demográficos en el mes de marzo de 2009. Los resultados fueron: Se obtuvo una tasa de respuesta de 75%, se halló Burnout grado bajo: agotamiento emocional en 69.4 %, despersonalización en

80.6%, y baja realización personal en 75.0% de los encuestados. Burnout medio: agotamiento emocional en 16.7%, despersonalización 11.1% y baja realización personal 13.9%, despersonalización en 87.3% y baja realización personal en 11.1% conclusiones: Se encontró que la mayoría de profesionales presentaban bajos niveles de Burnout. Las características socio demográfico y laboral de los médicos psiquiatras, no establecieron relación significativa con la aparición del síndrome de Burnout

1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística.

Variable 1: Síndrome de Burnout.

El síndrome de burnout o agotamiento profesional alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Christina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología. Maslach refería que el síndrome de Burnout era un problema cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios de salud que, después de meses o años de trabajo, éstos terminaban desgastándose, concepto que fue popularizado por Ginsburg.

Al inicio, la evaluación se dirigió al desgaste físico y psicológico de trabajadores voluntarios en las organizaciones de ayuda, como: clínicas gratuitas, comunas terapéuticas, refugios para mujeres y centros de intervención en crisis. Sin mencionar explícitamente el agotamiento.

En la década de 1970 y 1980 Farber describió a las víctimas del burnout como las personas que establecían objetivos inalcanzables o eran idealistas. Por el contrario, hoy se dice que “el agotamiento se debe, en gran medida, a la presión que se tiene por cumplir las expectativas y exigencias cada vez mayores de los demás, o de la intensa competencia para ser mejor que otros en la misma organización o empresa, o para hacer más dinero, etc.(Carrillo, Gómez y Espinoza, 2012, p. 43)

Definición.

El síndrome de Burnout describe un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: a) Cansancio o Agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) Despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes y c) Bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. (Carrillo *et al.*, 2012, p. 40)

En la literatura se verifica una discusión sobre el límite entre estrés y Burnout: la exposición a los factores del trabajo percibidos como falta de placer por el trabajador, lo conducen a un desgaste físico y emocional, que en un primer momento, aparece bajo la forma de estrés siendo acompañado del desarrollo de mecanismos eficaces de enfrentamiento. Manteniendo la exposición a los factores de estrés percibidos como falta de placer por el trabajador, sin métodos eficaces y suficientes de enfrentamiento, se evidencia el Burnout. En cuanto el estrés puede presentar aspectos positivos o negativos, el Burnout tiene siempre un carácter negativo.

El Burnout en profesionales de enfermería, además de ser nocivo en el plano individual y en el plano de la categoría profesional, puede reflejarse negativamente en la calidad de la asistencia de enfermería prestada a los pacientes y familiares, en los servicios de salud, en una época en que tanto se privilegia la humanización en la asistencia a la salud. (Lorenz, Benatti y Sabino, 2010, p. 12)

Manifestaciones clínicas del síndrome de Burnout.

De acuerdo a Carrillo *et al.* (2012) los síntomas del burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:



Figura. 1. Síntomas del síndrome de Burnout. (Carrillo et al., 2012, p. 42)

No obstante, este mismo autor manifiesta que en la actividad profesional del personal asistencial de salud puede tener las siguientes conductas:



Figura. 2. Conductas del síndrome de Burnout en el personal de salud. (Carrillo et al., 2012, p. 42)

Lo que definitivamente se orienta a un agudizamiento de la irritación de la persona que se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos de la institución.

Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste. (Carrillo *et al.*, 2012).

Modelos explicativos del Síndrome de Burnout

La etiología del burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto a dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacaremos sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación.

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

Modelo de Competencia Social de Harrison (1983). En: (Carrillo *et al*, 2012)

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del SB. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrán factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.

Modelo de Pines (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede

experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.

Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Thompson *et al.* destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la

estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social En: (Carrillo *et al*, 2012)

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican

que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo".

La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con la teoría de COR, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen *et al*, 2004).

Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional En: (Carrillo *et al*, 2012)

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura

organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva.

En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias,

y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

Otro antecedente del Burnout es lo que Cox et al. (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc).

Modelo de Winnubst (1993) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout. Este autor, al igual que Golembiewski et al. (1983; 1986) defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda. Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el SB con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Fredy, 1993).

Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural En: (Carrillo *et al*, 2012)

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997) En: (Carrillo *et al*, 2012)

Modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.).

Dimensiones Síndrome de Burnout

Christina Maslach y Jackson (1982) afirmó que los síntomas son manifestados en tres categorías, como anteriormente se mencionó el agotamiento emocional, despersonalización, realización profesional:

a) Agotamiento Emocional

Definición conceptual: El Agotamiento Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Maslach y Jackson, 1982). Si se obtienen puntajes altos, esos indican que el individuo ya no tiene recursos emocionales, presentando cansancio al inicio y al final de la jornada y un nivel alto de tensión percibido a consecuencia del trabajo con alumnos

Definición operacional: Puntajes obtenidos por los enfermeros sometidos a medición con el MBI para la presente investigación, en la dimensión de Agotamiento Emocional.

b) Despersonalización

Definición conceptual: Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al usuario por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos (Maslach y Jackson, 1982). Puntajes altos indican una tendencia marcada de percibir o pensar en otros como cosas u objetos con un comportamiento insensible, poniendo distancia de otros y con una autopercepción de endurecimiento emocional.

Definición operacional: Puntajes obtenidos por los enfermeros sometidos a medición con el MBI para la presente investigación, en la dimensión de Despersonalización.

c) Realización Personal

Definición conceptual: Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los individuos sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslach y Jackson, 1982). Puntajes bajos indica que la persona no está haciendo un trabajo que perciba como que vale el esfuerzo, con dificultad para entender a sus alumnos, enfrentar problemas y vitalidad disminuida.

Definición operacional: Puntajes obtenidos por los enfermeros sometidos a medición con el MBI para la presente investigación, en la dimensión de Agotamiento Emocional. (Maslach y Jackson, 1982)

Marco contextualizador del estrés laboral

Una vez vistas las variables descritas y que determinan el marco de interacción, podemos plantear que el Burnout debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización.

Desde los modelos transaccionales Peiró y Salvador (1993) entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.

Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que, además de manejar las respuestas al estrés, han de neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; Es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del burnout. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización, que analizaremos más adelante, en base al nivel de instauración del burnout. (Porrás. 2010).

Consecuencias del Síndrome de Burnout.

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido

menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Leiter y Maslach (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de	Evitación de
Indefensión.	Pérdida de valores.	responsabilidades.	contactos.
Desesperanza.	Desaparición	Absentismo.	Conflictos
Irritación.	Expectativas.	Conductas	interpersonales.
Apatía.	Modificación Autoconcepto	Inadaptativas.	Malhumor familiar.
Desilusión.	Desorientación cognitiva.	Desorganización.	Aislamiento
Pesimismo.	Pérdida de la creatividad	Sobreimplicación.	Formación de
Hostilidad.	Distracción.	Evitación de	grupos críticos.
Falta de	Cinismo.	decisiones.	Evitación
tolerancia.	Criticismo Generalizado.	Aumento del uso de	profesional.
Acusaciones a		cafeína, alcohol,	
los clientes.		tabaco y drogas.	
Supresión			
desentimientos.			

Figura 3. Síntomas generales del síndrome de Burnout. (Buendía y Ramos, 2001)

Variable 2: Productividad

Definición de Productividad

De acuerdo a Moreno y Duque (2013, p. 21) la productividad es definida como

(...) la relación entre el la producción o resultados logrados a partir del trabajo realizado dentro de un sistema y los recursos utilizados para lograrlo. Los recursos hacen referencia al trabajo, capital, tierra, materiales, energía e información. La productividad viene representada por la relación:

$$Productividad = \frac{Producto}{Insumo}$$

En general, la productividad puede considerarse como una medida general del logro de los propósitos organizacionales, tales como:

- Objetivos
- Metas
- Eficiencia
- Eficacia

Según Prokopenko (1989, En Moreno y Duque, 2013, p. 21), no existe actividad humana que no se beneficie de una mejora de la productividad. Es por ello que las mejoras de la productividad son de vital importancia dentro de las organizaciones, estas mejoras no solo benefician el día a día de los trabajadores, también ofrecen un operar eficiente a la empresa y contribuyen a escala macro al aumento de la productividad nacional, engrosando variables como el PIB, el crecimiento económico, el ingreso nacional y los niveles de vida.

Prokopenko (En Moreno y Duque, 2013, p. 21 - 22), sugiere una clasificación de los factores de la productividad basados en la gestión, con el fin de ayudar a directores y gerentes en el control de los mismos. Para esta clasificación se basa en un trabajo realizado por Mukherjee y Singh (1975, En Moreno y Duque, 2013, p.

22),), según ellos los factores se pueden clasificar en: (a) Factores externos (no controlables) y (b) Factores internos (controlables).

Los factores externos son aquellos que están fuera del control de una empresa, y para el control de los mismos se requiere del trabajo cooperativo de varias organizaciones incluyendo las instituciones gubernamentales. Los internos, por otro lado, son aquellos que son susceptibles a cambios a partir de las decisiones de la empresa, no obstante ciertos factores internos se intervienen con mayor facilidad que otros, es por ello que se subclasifican en factor internos duros y factores internos blandos. (Moreno y Duque, 2013, p. 22)

Factores internos de productividad (Moreno y Duque, 2013, p. 22-23)

Factores Duros

“Son aquellos que son difíciles de intervenir debido a su naturaleza, tales como los productos, la tecnología, el equipo y las materias primas.”

- **Producto:** la productividad de este factor hace referencia al grado en que el producto satisface las exigencias de la producción. Dentro de este, se deben tener en cuenta los valores de lugar, tiempo y precio, es decir, contar con su disponibilidad en el lugar y tiempo adecuados y a un precio razonable.
- **Infraestructura y equipo:** esta se refiere al correcto aprovechamiento y reducción del tiempo no productivo de los equipos con los que se cuenta. La productividad de este factor se puede mejorar a través de aumentos en la utilización, modernización, nuevas inversiones, entre otros.
- **Materiales y energía:** la reducción del consumo y los desperdicios de este factor contribuyen a incrementos significativos de la productividad
- **Tecnología:** Mediante este factor se puede alcanzar un mayor volumen de producción, un mejor manejo de materiales, mejoras en la comunicación y el control de los procesos, aplicando procesos de automatización y manejo de las tecnologías de la información.

Factores Blandos (Moreno y Duque, 2013, p. 23)

Como su nombre lo indica, son aquellos fáciles de cambiar e intervenir. Sus modificaciones no requieren de fuertes inversiones financieras o reestructuraciones administrativas.

- **Personas:** Es un factor vital para cualquier proceso de mejora de la productividad, ya que todas las personas que integran una organización tienen una función que cumplir. Según Prokopenko, esta función se ve afectada por la dedicación y la eficacia. Todas las personas difieren en su voluntad para trabajar, debido a que estas poseen fuentes de motivación diferentes y es tarea de la organización estimular y mantener la misma mediante planes de incentivos, mayor reconocimiento, participación y oportunidades de desarrollo. Por otro lado, la eficacia es la medida del logro de los resultados propuestos en cantidad y calidad. Esta depende del método, la técnica, las actitudes, las aptitudes, y puede ser mejorada a través de la capacitación, el perfeccionamiento y la planificación de carrera.
- **Organización y sistemas:** los sistemas rígidos tienden a ser menos productivos ya que pierden capacidad de adaptación. Una organización flexible y dinámica es objeto de mantenimiento, reparación y reestructuración constante que le permiten adaptarse al logro de nuevos objetivos y obtención de los resultados deseados.
- **Métodos de trabajo:** es uno de los factores más prometedores en cuanto a mejoras en la productividad. Las técnicas de mejoramiento de los métodos de trabajo tienen por finalidad la reducción de movimientos innecesarios, la disposición adecuada y la obtención oportuna de los materiales requeridos para la labor. Estas mejoras en la productividad son posibles mediante el estudio del trabajo, la formación profesional y la mejora continua.
- **Estilos de dirección:** los estilos de dirección influyen en la organización y el funcionamiento de una empresa. Aunque no existe un único y perfecto estilo

de dirección, de este depende la elaboración de políticas, el desarrollo de nuevos proyectos, la contratación de personal y muchos otros factores que son determinantes en la implementación de cambios que conlleven al aumento de la productividad.

Factores externos de productividad (Moreno y Duque, 2013, p.24 -25)

A pesar de que los directivos de una organización puede verse limitados al querer aumentar la productividad de la misma, debido a los factores no controlables, se debe tener en cuenta que estos factores pueden ser alterados a mediano o largo plazo, mediante cooperación con otras organizaciones e instituciones de la sociedad (instituciones públicas, organizaciones sindicales, grupos de presión, entre otros.). A su vez, los factores externos también se dividen en:

- **Ajustes estructurales:** estos influyen medianamente en los incrementos de productividad. Vienen dados principalmente por los cambios económicos, sociales y demográficos. Los económicos son reflejo de los cambios en las estructuras de producción, mientras que lo sociales y demográficos son productos de las migraciones y la especialización de la mano de obra.
- **Recursos Naturales:** la capacidad de una organización o economía de generar, sostener y distribuir los recursos es crítica para lograr mejoras en la productividad de cada uno de sus sistemas. Los recursos naturales más relevantes son la mano de obra, la energía, la tierra y las materias primas.
- **Administración Pública e infraestructura:** La administración pública controla y define en muchas ocasiones el operar de los demás sectores mediante la creación de leyes, reglamentos o prácticas institucionales. Además, un sector público productivo ofrece beneficios a las organizaciones privadas tales como subsidios y mayor disponibilidad de recursos con un costo igual o inferior.

Recursos Humanos y su relación con la Productividad.

De acuerdo a Arencibia (2009) la gestión de recursos humanos está evidentemente ligada con la productividad, teniendo en cuenta que ambas están orientadas a la consecución del objetivo único de las organizaciones, la rentabilidad, la cual puede ser medida según:

- Número de horas/hombre necesarias para obtener una unidad de producto (ya sea en términos de mano de obra directa o indirecta).
- Volumen de producción que se obtiene con una cantidad de factor de trabajo (horas/hombre).

La productividad de los recursos de que dispone las instituciones depende de una serie de factores contingentes externos e internos que afectan tanto a la producción obtenida como a los recursos utilizados (en cuanto a las cantidades o en cuanto a los precios o valoraciones) (Arencibia, 2009, p. 2)

Entre los factores externos cabe destacar:

- Regulación (desregulación) del mercado.
- Grado de competitividad del mercado.
- Evolución del consumo.

Entre los factores de índole interna destacan:

- La capacidad productiva y el nivel de inventarios.
- La inversión en I+D y la diversificación de la oferta.
- El adecuado diseño del proceso productivo (mejora tecnológica, automatización de procesos, etc.).
- La fuerza del trabajo.
- La calidad.

En los últimos años y en especial en países donde el reglamento laboral es muy rígido, los acuerdos en materia retributiva, reducción de jornada laboral, combinados con un menor crecimiento de las instituciones, han provocado una elevación de costes por unidad de trabajo, lo cual lleva a las entidades de un país a no ser competitivas en un mercado de libre competencia.

La reducción de la mano de obra ha sido el método favorito para elevar la productividad en los años ochenta y principios de los noventa, aunque básicamente el mejor uso del tiempo retribuido y mejora de los métodos de trabajo son dos sistemas que se empiezan a utilizar para la mejora de la productividad. (Arencibia, 2009, p. 3).

Dimensiones

Previamente a la definición de los cálculos de las dimensiones se analizará la medición de la productividad.

Según Prokopenko (1989, En Moreno y Duque, 2013, p. 24 -25), la medición de la productividad del área de servicios tiene una dificultad fundamental, ésta es la incapacidad de definir claramente las unidades de producto y hallar un denominador común para estos. No obstante, podría medirse la productividad de los servicios en términos financieros, tales como servicios vendidos o costo de los factores utilizados. También podría medirse en términos de tiempo estándar para la realización de un trabajo, estas mediciones basadas en el tiempo requieren del cálculo de los tiempos tipo o estándar para realizar cada trabajo, de un estudio de tiempos y del muestreo de actividades.

Dado que el tiempo dedicado a cada actividad puede medirse y compararse a través de las técnicas mencionadas anteriormente, Prokopenko propone que la medida más apropiada para la productividad del trabajo de servicios sería el porcentaje de tiempo dedicada por cada persona a la realización de actividades útiles y convenientes.

Para el caso de esta investigación, al no disponerse de una metodología específica de medición de la productividad en enfermeras, ni de definirse claramente el producto, asumiéndose como el paciente que salió de alta, no necesariamente curado al 100%, se tomará en cuenta las precisiones de Dirección General de Capacitación y productividad (Guía técnica 4) Técnicas e instrumentos de medición de la productividad y la calidad (1996) de la Secretaría del trabajo de México, adaptando la metodología de trabajo a un escenario de prestaciones de servicios asistenciales en salud pública. Teniendo los siguientes procesos de medición:

Total usuarios atendidos = Usuarios nuevos + usuarios en recurrentes + usuarios transferidos.

Total usuarios efectivos = (Usuarios ingresantes + usuarios recurrentes) - (Usuarios transferidos + usuarios fallecidos)

Dimensión 1: Productividad laboral efectiva individual (PLEI)= se define como la relación inversa entre el Total usuarios efectivos y el Total horas asistenciales laboradas por las enfermeras.

$$\begin{aligned} & \text{PRODUCTIVIDAD LABORAL EFECTIVA INDIVIDUAL (PLEI)} \\ & = \frac{\text{Total usuarios efectivos}}{\text{Total horas asistenciales}} \end{aligned}$$

Dimensión 2: Promedio de trabajo efectivo por producto (PTEP) Se interpreta como la cantidad de horas que se necesitan para tener un usuario atendido.

$$\begin{aligned} & \text{PROMEDIO DE TRABAJO EFECTIVO POR PRODUCTO (PTEP)} \\ & = \frac{\text{Total horas asistenciales por departamento}}{\text{Total de usuarios efectivos}} \end{aligned}$$

Dimensión 3: Esfuerzo individual por producto =Se interpreta como el aporte individual de cada trabajador para lograr un producto.

Esfuerzo individual por producto (EIP)

$$= \frac{\text{PROMEDIO DE TRABAJO EFECTIVO POR PRODUCTO (PTEP)}}{\text{Total de horas diarias laboradas individualmente}}$$

Productividad en enfermeras en la microrred Collique:

El procedimiento para determinar las actividades productivas que realizan los profesionales de enfermería es a través del desempeño laboral, el cual comprende actos que se centran en las habilidades de quienes lo ejecutan de acuerdo a la organización. En otras palabras, para ser hábil en su desempeño, según Stoner, Freeman y Gilbert (1996) se requiere una “medida de la eficiencia y la eficacia de un gerente, grado en que se determina o alcanzan los objetivos acertados” (p. 9).

En otras palabras, como afirma Arndt y Daderian (1992) “el desempeño ineficiente es una conciencia de la insatisfacción del trabajo” (p.94), por lo tanto el desempeño es observable y puede compararse con lo que usualmente se espera de un profesional de enfermería que debe desempeñar un determinado papel. El desempeño puede darse deficientemente como una explicación de resultados deficientes, así como también por la falta de motivación o la falta de oportunidades para desempeñarse adecuadamente. Consecuentemente, el desempeño laboral en los profesionales de enfermería se evidencia en el trabajo que engloba los objetivos de los distintos grupos jerárquicos tales como: bachilleres, técnicos y licenciados. Siendo el desempeño visto como el trabajo que realiza en relación al nivel jerárquico que éste asume al permanecer en un área de especialización o servicio designado por el departamento de enfermería.

El desempeño laboral en los centros de salud de los profesionales de enfermería se basa en proporcionar atención integral a los usuarios de estos servicios fundamentada en sólidos conocimientos del área científica y humanística. Aplicando el proceso de enfermería, como una herramienta principal en la práctica profesional. En lo que respecta al desempeño, Chiavenato (2000) resalta que: “sólo la comprensión de la naturaleza de esas relaciones humanas permite al

administrador obtener mejores resultados de sus subordinados y facilita la creación de una atmósfera donde cada individuo es estimulado a expresarse libre y sanamente” (pp.128-129).

De lo mencionado anteriormente, subyace que el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos. Esto conlleva a tomar decisiones en la gestión del cuidado y permite conocer el desempeño laboral; con una idea mucho más exacta o precisa que cada profesional de enfermería posee, el cual permite observar la calidad de trabajo de cada profesional en su práctica diaria. No obstante, si la forma de actuar de una enfermera o enfermero no es satisfactoria o cuesta más de lo que ayuda al paciente, entonces es preciso informarle a dicho profesional de que existen formas más convenientes, esto según Arndt y Daderian (1992) “es resultado de la supervisión apropiada y de la educación continua” (p.100).

De acuerdo a lo citado, se infiere que esta es una excelente oportunidad entre el empleado y su supervisor inmediato que facilita una mayor integración, dando paso al trabajo interdisciplinario. Por otro lado, le proporciona al profesional de enfermería la oportunidad de conocer la opinión que sobre su trabajo tienen los supervisores. Esto es muy importante porque se le evidencia que la institución se preocupa por él y, por su bienestar personal y profesional, elevando con ello la moral del empleado y lo motiva en el cumplimiento de sus actividades. En este sentido el desempeño en el área de enfermería tiene como base fundamental la relación y transmisión de información hacia sus directivos y de igual forma hacia los compañeros ocupantes de cargos en la institución donde laboran.

1.3. Justificación.

Justificación teórica.

Como se observó, la verificación de las teorías y la vigencia de las mismas es un aspecto importante que contrastar en las distintas poblaciones, por lo que es

necesario ejecutar este trabajo de investigación ya que permitirá evaluar la contemporaneidad de las teorías pudiendo corroborar estas dentro de un contexto social que dista del de un hospital o establecimiento con mayor número de servicios a los usuarios. Asimismo, este trabajo propone la relación entre el síndrome de Burnout y la productividad de las enfermeras, la misma que constantemente es medida dentro de la microrred como un factor de calidad para efectos de cumplimiento de metas, por esa razón es importante la medición en este trabajo.

Justificación práctica.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar la presencia de Síndrome de Burnout en las enfermeras que labora en la Microrred Collique para que sirva de base en la creación de programas de prevención de este Síndrome y mejorar a su vez la salud ocupacional del profesional de Enfermería de esta manera mejorar la calidad de atención a los usuarios, pacientes y familiares que requieran de sus servicios; y al mismo tiempo mejorar la imagen de cada institución que representa fundamentado en la incidencia y prevalencia de este Síndrome en los profesionales que mantienen relación directa y sostenida con pacientes frente a este panorama mundial y nacional, en donde la salud ocupacional se convierte en el primer pilar de actuación para el control y reducción del estrés laboral, y por todo los factores que están influyendo la estabilidad psíquica emocional del profesional de enfermería.

La calidad de la atención de los servicios de primer nivel están orientados a brindar una atención integral de la persona, familia y comunidad, en las diferentes etapas de vida así mismo superar las expectativas del usuario en cuanto a la atención brindada, por lo que es muy importante que la labor que desempeña el profesional de enfermería dentro de la Microrred Collique estén destinados a promover la salud física, mental y emocional del usuario, brindando una atención holística con calidad y calidez. Para ello es necesario conocer la relación que existe entre esta condición de atención y los niveles del síndrome de Burnout que puede ser uno de los factores que propicien esta problemática.

Justificación metodológica.

Por otra parte, el estudio permitirá incrementar y profundizar el conocimiento relacionado al síndrome de Burnout y la calidad de atención; y en el ámbito práctico, la información generada, contribuirá a mejorar las estrategias de prevención e intervención propuestas, para modificar tales patrones inadecuados que contribuyan en la calidad de atención que el personal de enfermería brinda, además que llena un vacío bibliográfico existente en la localidad del distrito de Comas - Collique, porque durante las pesquisas de antecedentes no se encontraron referencias sobre la temática aquí planteada permitiendo aportar conocimientos de relevancia científica que dan pautas sistematizadas y fundamentadas al equipo multidisciplinario de los centros de salud de esta localidad, para la elaboración de programas preventivos en un primero y segundo nivel de atención que colaboren a un pleno bienestar del profesional de enfermería trayendo como consecuencia que mejore la calidad de atención.

De esa manera, dada la importancia de la problemática del estrés y sus repercusiones en la sociedad, es evidente la necesidad de identificar oportunamente las alteraciones del síndrome de Burnout con el objeto de aportar las medidas convenientes para minimizar esta nebulosa situación.

1.4. Formulación del problema.

Siempre ha sido motivo de preocupación la falta de interés y motivación de los seres humanos y a la vez han sido objeto de interés de numerosas investigaciones; es así que, sobre todo en el sector salud se descuida mucho las condiciones del personal y se prioriza la de los usuarios. Para afrontar esta debilidad surgió hace unos años atrás instrumentos validados que permitieron medir los niveles de estrés laboral y con ello relacionar y/o inferir la calidad de atención y los resultados ulteriores sobre recuperación de pacientes.

Al hacer un análisis en la Microrred Collique – Distrito de Comas en Lima, se propuso determinar la relación del Síndrome de Burnout en enfermeras y la productividad de los profesionales de enfermería que laboran en la Microrred

Collique., resultando novedoso, pues no se ha realizado con anterioridad estudios enfocados a este problema en esta Microrred que atiende un grueso sector social de condición en pobreza y pobreza extrema.

Actualmente la población está siendo afectada por un fenómeno llamado estrés, y ocurre en el momento que se enfrenta a las exigencias del medio, ya sea la vida familiar y profesional por lo que requiere cierto grado de adaptación y al mismo tiempo ajustar las actividades al tiempo disponible. En el caso particular del personal de enfermería, éste está sometido a múltiples factores estresantes tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que ha de realizar. Estas características lo hacen susceptible de una amplia incidencia (Navarro.1996) no habiendo distinción entre centros de salud o nosocomios de todo nivel.

En ese contexto, Basset y Estévez (2010) señala que en el ámbito de la salud, y en específico en el personal de Enfermería, se es susceptible a desarrollar estrés, por encontrarse dentro de un ambiente laboral considerado como emocionalmente 'tóxico' y sometido a situaciones de interacción con pacientes y familiares que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, tanto de carácter organizacional como propios de la profesión. Así, cuando la demanda de este ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, estas son el estrés que incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables). Muestra de ello es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del año 1998, ha catalogado al Síndrome de Burnout dentro de las afecciones más importantes; lo que supone nuevos retos en mejora de la salud ocupacional de los profesionales de la Salud (Tello, 2009).

Se considera que el estrés en las (os) enfermeras (os) afecta directa e indirectamente la productividad que se brinda a los pacientes, así como su estado de salud. Además, podría ser la principal causa de desgaste, insatisfacción laboral, rotación excesiva, dificultades para el reclutamiento, deserción, ausentismo e incapacidad. Esta profesión es considerada como potencialmente estresante y no puede ser vista como una profesión homogénea. (Polit y Hungler, 2004).

Problema general.

¿Cuál es la relación que existe entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique?

Problemas específicos.

¿Cuál es la relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique?

¿Cuál es la relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique?

¿Cuál es la relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique?

1.5. Hipótesis.

Existe relación entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique

1.5.1. Hipótesis específicas.

Existe relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Existe relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Existe relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

1.6. Objetivos.

Objetivo general.

Determinar la relación del Síndrome de Burnout en enfermeras y la productividad de los profesionales de enfermería que laboran en la Microred Collique.

Objetivos específicos

Determinar la relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Determinar la relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Determinar la relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

II. MARCO METODOLÓGICO.

2.1. Variables.

2.1.1. Variable 1: Síndrome de Burnout.

Definición conceptual. Es un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial.

Definición operacional: Respuestas afirmativas o negativas que manifiestan los profesionales de enfermería sobre los sentimientos experimentados durante el trabajo valorados mediante un cuestionario Inventario Burnout de Maslach y Jackson que consta de 22 preguntas.

El síndrome de burnout se medirá según sus dimensiones:

a) Falta de realización personal en el trabajo con puntaje:

- 0-33 Baja realización personal
- 34-39 Intermedia
- ≥ 40 Alta sensación de logro

b) Niveles de agotamiento emocional

- ≥ 27 Alta
- 19-26 Intermedia
- < 19 Niveles muy bajos de Síndrome de Burnout

c) Despersonalización: Puntuación según el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

- > 10 Alto
- 6-9 Intermedio
- < 6 bajo grado de despersonalización.

El MBI aparece como el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el SQT, evidenciando un volumen considerable de estudios e investigaciones a su haber. Este instrumento, construido por Maslach y Jackson en 1982, está conformado por 22 ítems son enunciados sobre emociones y pensamientos referidos a la interacción del individuo en el trabajo. Los ítems se valoran en una

escala tipo Likert en la que los sujetos puntúan con un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los Días” (6) con qué frecuencia han experimentado cada una de las situaciones descritas en las aseveraciones. Estos ítems están agrupados en tres dimensiones: baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). Maslach y Jackson (1982), (Carvajal J., Bobadilla M., Rebolledo V., et al 2009): Agotamiento emocional (9 ítems); Despersonalización (5 ítems) y Realización personal (8 ítems)

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Valoración	Fatiga emocional por demandas de trabajo	Actitud negativa hacia los pacientes	Satisfacción personal
NUMERO DE ITEMS	9	5	8
Clasificación:			
Grado bajo	<19	<6	>40
Grado medio	19-27	6-9	34-39
Grado alto	>27	>9	<33

Figura 4. Detalle del instrumento MBI. (Carrillo *et al.*, 2012, p. 44).

2.1.2. Variable 2: Productividad del personal.

Definición conceptual: Es la relación entre el la producción o resultados logrados a partir del trabajo realizado dentro de un sistema y los recursos utilizados para lograrlo. Los recursos hacen referencia al trabajo, capital, tierra, materiales, energía e información. (Moreno y Duque, 2013, p. 21)

Definición operacional. Se operacionaliza en: Productividad laboral efectiva individual (PLEI), Promedio de trabajo efectivo por producto (PTEP), Esfuerzo individual por producto

2.2. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente: Síndrome de Burnout.	Se operacionaliza en la medición del Cansancio o Agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; Despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes y Bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional.	Falta de realización personal en el trabajo.	Eficacia Profesional Desmotivación Responsabilidades organizacionales	Baja Intermedia Alta
		Agotamiento emocional.	Síntomas Físicos Síntomas psicológicos Síntomas Cognitivos Síntomas Conductuales Ausencia de compromiso emocional	Baja Intermedia Alta
		Despersonalización.	Disociación instrumental extrema Embotamiento y negación Impulsividad	Baja Intermedia Alta
Variable dependiente: Productividad del personal de enfermería.	Se operacionaliza en la medición del esfuerzo de trabajo en base a los usuarios atendidos.	Productividad laboral efectiva individual (PLEI) Promedio de trabajo efectivo por producto (PTEP) Esfuerzo individual por producto	Horas asistenciales semanales en el C.S. Usuarios nuevos Usuarios recurrentes Usuarios fallecido	Inferior al promedio Promedio Superior al promedio

2.3. Metodología.

Se utilizó el método hipotético – deductivo porque es un procedimiento racional que consiste en llegar al conocimiento de casos generales a partir de conceptos

particulares pero basados en experiencias científicas que den fundamento a las observaciones que se realicen.

En esa perspectiva la metodología que se aplicó consistió en una etapa previa de observación inopinada de la productividad de las enfermeras en los diferentes centros de salud de la Microrred Collique. Posteriormente se realizó el test de Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI) a las enfermeras de cada uno de los centros de salud.

2.4. Tipo de estudio.

La presente investigación correspondió a un tipo de estudio Básico, nivel descriptivo. Es descriptivo, porque describió el fenómeno, especificando su magnitud y características principales. El enfoque fue cuantitativo porque se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

2.5. Diseño.

No experimental de corte transversal, debido a que no se manipularon las variables, solo fueron observadas y porque implicó la obtención de datos en un tiempo y espacio determinado. Es correlacional, porque permitió conocer la relación que existe entre las variables: independiente y dependiente en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

2.6. Población, Muestra y Muestreo.

2.6.1. Población.

Para el estudio del nivel del síndrome de Burnout la población estuvo conformada por 28 enfermeras que trabajan en los 11 establecimientos de salud de la Microrred Collique, de la Red de Salud Túpac Amaru, del distrito de Comas, según los datos obtenidos en la Red de Salud Túpac Amaru la distribución del personal de enfermería fue la siguiente:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° ENFERMEROS
C.S AÑO NUEVO 10	4
C.S COLLIQUE III ZONA 1	5
C.S GUSTAVO LANATTA 2	4
C.S LAURA RODRIGUEZ DULANTO DUKSIL 3	4
P.S 11 DE JULIO 9	1
P.S LOS GERANIOS 4	2
P.S MILAGRO DE JESUS 5	1
P.S PRIMAVERA 11	2
P.S SAN CARLOS 6	2
P.S SANGARARA 7	2
P.S. NUEVA ESPERANZA 8	1
TOTAL	28

Para el estudio de la productividad, se trabajó con el historial de citas de la afluencia de pacientes a los 11 establecimientos de salud que corresponden a la Microred Collique.

2.6.2. Muestra.

Para el estudio del nivel del síndrome de Burnout la muestra fue de 28 enfermeras que trabajan en los 11 establecimientos de salud de la Microred Collique, de la Red de Salud Túpac Amaru, del distrito de Comas, según los datos obtenidos en la Red de Salud Túpac Amaru.

2.6.3. Muestreo.

EL muestreo para la toma de datos de las enfermeras fue no probabilístico. La muestra tomada fue igual a la población, es decir 28 profesionales. Fue intencional por criterio especial, la misma que se sustenta en el propósito de la investigación. La muestra no probabilística (intencional) están ligadas a las causas de la investigación y no al azar (Hernández *et al*, 2010; Montgomery (2005); Vílchez, 2011).

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

2.7.1. Técnicas.

Las técnicas que se utilizaron para el recojo de información fue la encuesta que consistió en la estructuración organizada y sistemática de un conjunto de interrogantes aplicadas a las 28 enfermeras que trabajan en los 11 establecimientos de salud de la Microred Collique de la Red de Salud Túpac Amaru del distrito de Comas.

Para el recojo de la información de la productividad se empleó la observación teniendo como evidencias a las atenciones realizadas en cada uno de los centros de salud por cada enfermera evaluada.

2.7.2. Instrumentos.

El instrumento que se usó para evaluar los niveles del síndrome de Burnout fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) validado y aplicado a nivel mundial desde que se conoció su utilización en el año 1974. Este instrumento no necesitó del proceso de validación ni de confiabilidad pues se trató de un *Gold Standard* de amplia aplicación (Ver apéndice).

El instrumento de toma de datos de la productividad fue una ficha de observación que consiste en un formato de reporte de productividad basado en la guía 4 de Dirección General de Capacitación y productividad: Técnicas e instrumentos de medición de la productividad y la calidad (1996) adaptada para la productividad de enfermería en el Ministerio de Salud (MINSA) (Ver apéndice 2)

Los criterios de análisis previo fueron los siguientes:

Total usuarios atendidos = Usuarios nuevos + usuarios en recurrentes + usuarios transferidos.

Total usuarios efectivos = (Usuarios ingresantes + usuarios recurrentes) - (Usuarios transferidos + usuarios fallecidos)

Productividad laboral individual (PLI)= se define como la relación inversa entre el Total usuarios atendidos y el Total horas asistenciales laboradas por las enfermeras.

$$PRODUCTIVIDAD LABORAL INDIVIDUAL (PLI) = \frac{\text{Total usuarios atendidos}}{\text{Total horas asistenciales}}$$

Basada en la productividad promedio de un muestreo piloto en uno de los centros de salud (Gustavo Lanata) el baremos se realizó de la siguiente manera:

Menor o igual 0,300	→ Inferior al Promedio
De 0,301 a 0,330	→ Promedio
Mayor que 0,330	→ Superior al promedio.

Dimensiones:

Productividad laboral efectiva individual (PLEI)= se define como la relación inversa entre el Total usuarios efectivos y el Total horas asistenciales laboradas por las enfermeras.

$$PRODUCTIVIDAD LABORAL EFECTIVA INDIVIDUAL (PLEI) = \frac{\text{Total usuarios efectivos}}{\text{Total horas asistenciales}}$$

Basada en la productividad efectiva de un muestreo piloto en uno de los centros de salud (Gustavo Lanata) el baremos se realizó de la siguiente manera:

Menor o igual 0,2422	→ Inferior al Promedio
De 0,2423 a 0,2800	→ Promedio
Mayor que 0,2800	→ Superior al promedio.

Promedio de trabajo efectivo por producto (PTEP) Se interpreta como la cantidad de horas que se necesitan para tener un usuario atendido.

$$\begin{aligned} & \text{PROMEDIO DE TRABAJO EFECTIVO POR PRODUCTO (PTEP)} \\ & = \frac{\text{Total horas asistenciales por departamento}}{\text{Total de usuarios efectivos}} \end{aligned}$$

Basada en la productividad promedio de un muestreo piloto en uno de los centros de salud (Gustavo Lanata) el baremos se realizó de la siguiente manera:

Menor o igual 2,990	➔ Inferior al Promedio
De 2,991 a 3,200	➔ Promedio
Mayor que 3,200	➔ Superior al promedio.

Esfuerzo individual por producto =Se interpreta como el aporte individual de cada trabajador para lograr un producto.

Esfuerzo individual por producto (EIP)

$$= \frac{\text{PROMEDIO DE TRABAJO EFECTIVO POR PRODUCTO (PTEP)}}{\text{Total de horas diarias laboradas individualmente}}$$

Basada en la productividad promedio de un muestreo piloto en uno de los centros de salud (Gustavo Lanata) el baremos se realizó de la siguiente manera:

Menor o igual 0,309	➔ Inferior al Promedio
De 0,310 a 0,335	➔ Promedio
Mayor que 0,335	➔ Superior al promedio.

2.8. Métodos de análisis de datos.

La información obtenida fue debidamente codificada e ingresada en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 23.0 para su procesamiento. Los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección de datos, se analizaron mediante tabulación, representación gráfica e interpretación mediante estadísticos descriptivos y tablas de frecuencias. Posteriormente se hizo un análisis estadístico para determinar la correlación de Rho Spearman de acuerdo a lo propuesto en los objetivos con un nivel de significación de 0.05.

III. RESULTADOS.

3.1. Descripción de resultados.

3.1.1. Características demográficas del personal de enfermería de los Centros de Salud de la Microrred Collique.

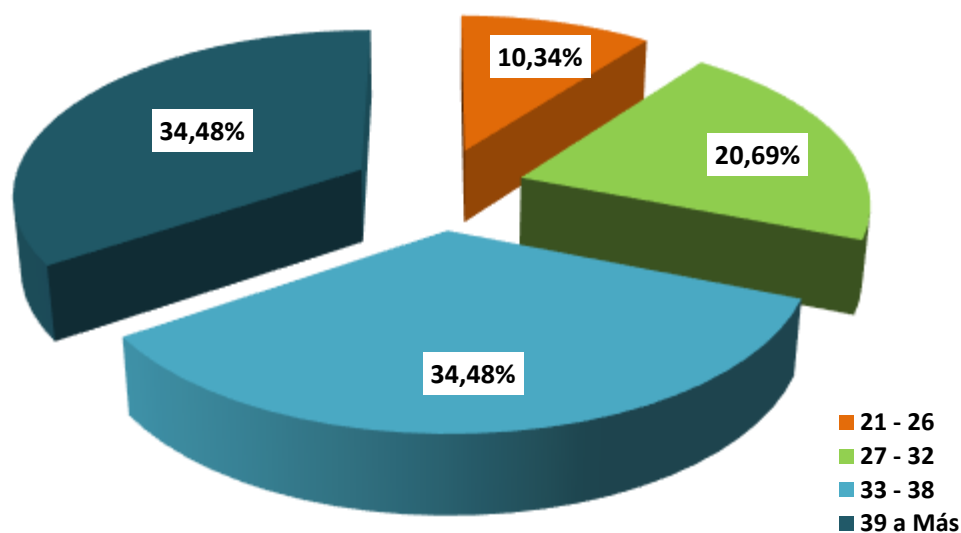
En primer lugar se hizo una descripción de la población en estudio, obteniendo lo siguiente:

Tabla 01.

Frecuencias del personal de enfermería distribuidos de acuerdo al rango etario por cada centro de salud de la Microrred Collique, 2015.

CENTRO DE SALUD	21 – 26 años		27 - 32 años		33 – 38 años		39 a Más años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
COLLIQUE III Zona	0	0.0%	2	6.9%	2	6.9%	2	6.9%
GUSTAVO LANATA	1	3.4%	0	0.0%	2	6.9%	1	3.4%
LAURA RODRIGUEZ DULANTO DUKSIL	0	0.0%	0	0.0%	2	6.9%	2	6.9%
LOS GERANIOS	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	1	3.4%
MILAGRO DE JESÚS	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
SAN CARLOS	1	3.4%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
SANGARARA	0	0.0%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
NUEVA ESPERANZA	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
11 DE JULIO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%
AÑO NUEVO	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	3	10.3%
PRIMAVERA	0	0.0%	1	3.4%	1	3.4%	0	0.0%
Total	3	10.3%	6	20.7%	10	34.5%	10	34.5%

En esta tabla se ve que del total de personal de enfermería de los distintos puestos de salud, el 10.3% tienen entre 21 y 26 años, el 20.7% tienen entre 27 y 32 años, el 34.5% tienen entre 33 y 38 años y el 34.5% tienen más de 39 años, siendo junto con el rango etario inmediato anterior, los más frecuentes. Asimismo observamos que el 10.3% de los enfermeros con más de 39 años se encuentran en el puesto de salud “Año Nuevo 10”. Todo esto podemos visualizarlo con mayor detalle en la siguiente figura.



Fuente: Tabla 01.

Figura 05. Distribución porcentual de las frecuencias del personal de enfermería de acuerdo al rango etario en la Microrred Collique, 2015.

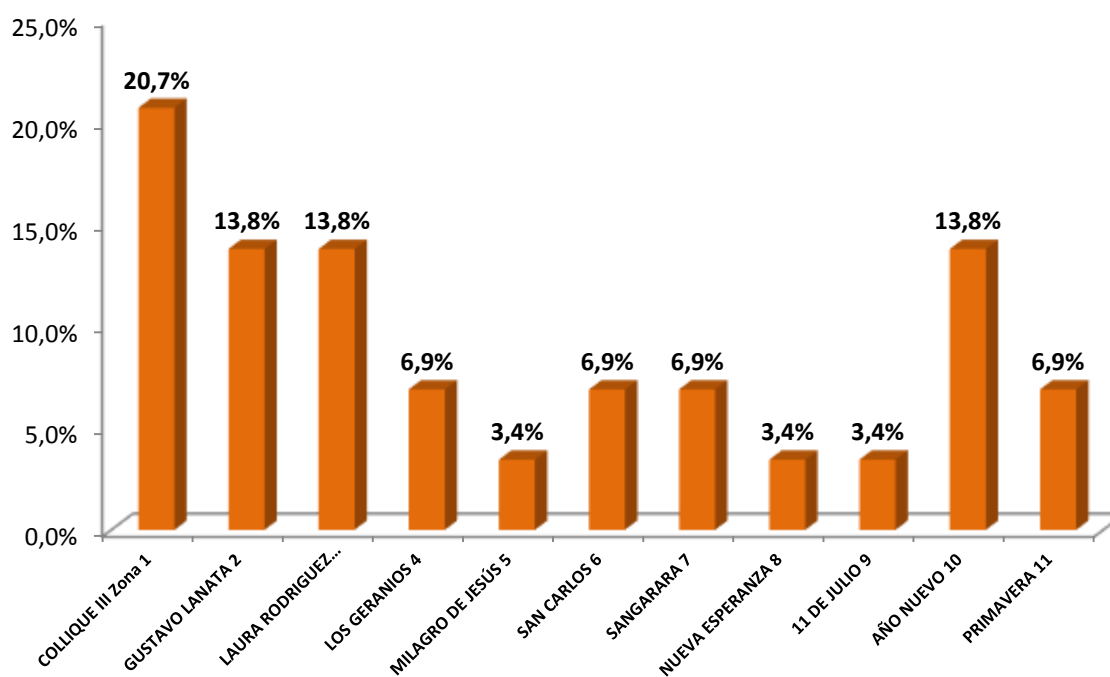


Figura 06. Frecuencias del personal de enfermería evaluado distribuidos de acuerdo al centro de salud de la Microrred Collique, 2015.

En el gráfico podemos observar que el 20.7% del personal labora en el puesto de salud Collique III Zona 1, seguidos de cerca por los del puesto de salud de “Gustavo Lanata 2” y el puesto de salud “Año Nuevo 10” con el 13.8% del total. Los puestos de salud con menos personal evaluado fueron “Milagro de Jesús 5”, “Nueva Esperanza 8” y “11 de Julio 9” con un 3.4% cada uno.

3.1.2. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de la microrred Collique.

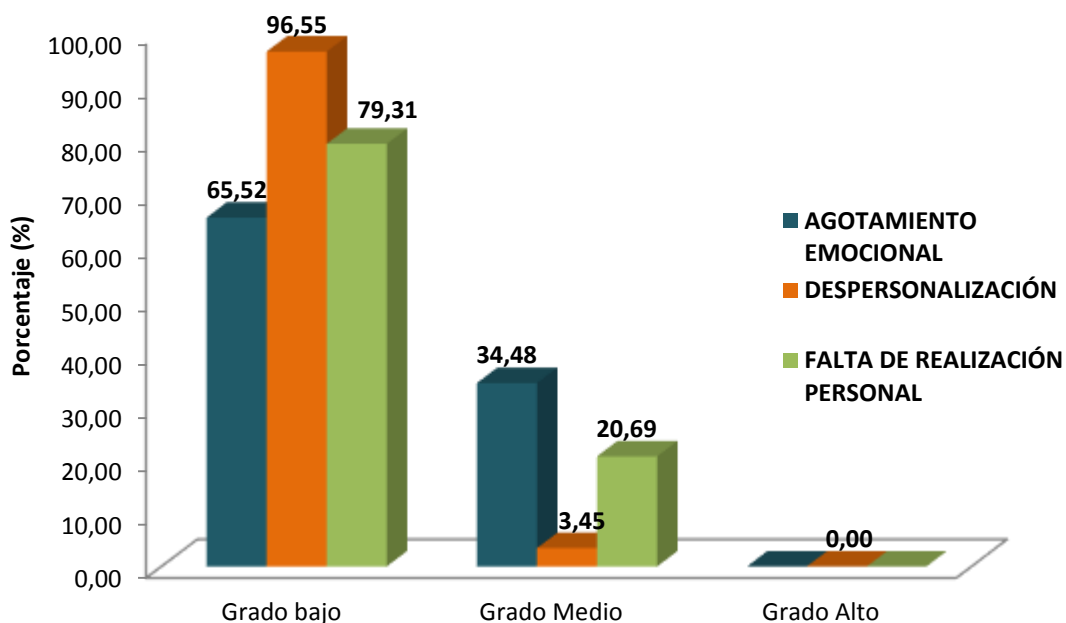
Tabla 02.

Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de clasificación en las dimensiones del síndrome de Burnout, Microrred Collique, 2015.

Niveles	Agotamiento emocional		Despersonalización		Falta de realización personal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	19	65.52	28	96.55	23	79.31	70	80.46
Medio	10	34.48	1	3.45	6	20.69	17	19.54
Alto	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	29	100.0	29	100.0	29	100.0	87	100.0

Se observó que mayoritariamente las enfermeras evaluadas (Total = 29) tuvieron bajo nivel de Síndrome de Burnout, con un total de 80.46%, teniendo solamente un 19.54% en el grado medio y ninguna en grado alto.

Respecto a las dimensiones evaluadas, se tuvo que en Agotamiento Emocional el 65.52% tuvieron bajo y el 34.48% medio, mientras que en Despersonalización, el 96.55% tuvieron bajo y el 20.69% medio. Mientras que en Falta de realización Personal, el 79.31% fue bajo y el 20.69% medio. Estas proporciones se aprecian mejor en la siguiente figura.



Fuente: Tabla 07.

Figura 07. Distribución de las frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al nivel de clasificación en las dimensiones del síndrome de Burnout, Microrred Collique, 2015.

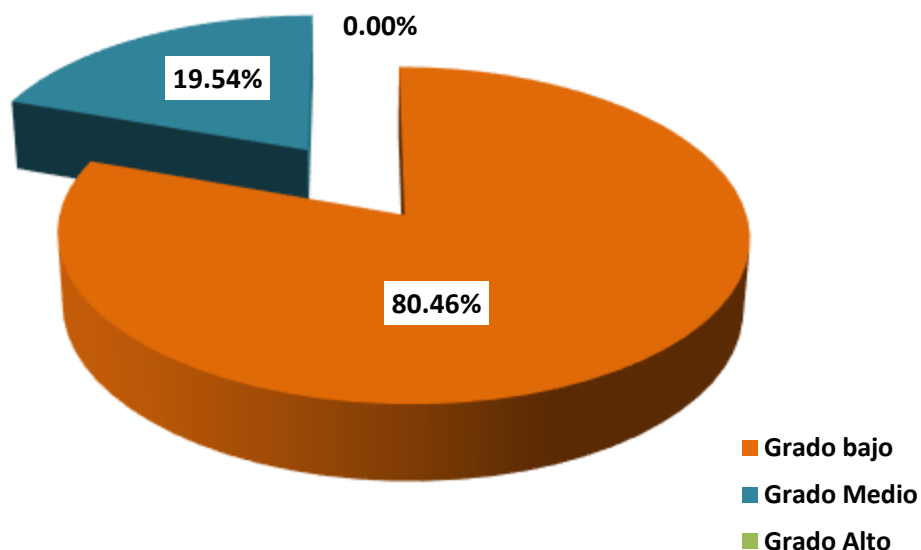


Figura 8. Distribución de las frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de clasificación en el síndrome de Burnout, Microrred Collique, 2015.

3.1.3. Rendimiento laboral del personal de enfermería evaluado de la Microrred Collique, 2015.

Tabla 03.

Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad, Microrred Collique, 2015.

Productividad laboral individual	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inferior al promedio	0	0,0	0,0
Promedio	26	89,7	89,7
Superior al promedio	3	10,3	100,0
Total	29	100,0	

Se observó que mayoritariamente las enfermeras evaluadas se ubicaron en la categoría promedio con un 89,7% y superior al promedio se ubicaron solamente un 10,3%. Ninguna de las evaluadas se ubicaron en la categoría Inferior al promedio como se aprecia a continuación en la siguiente figura:

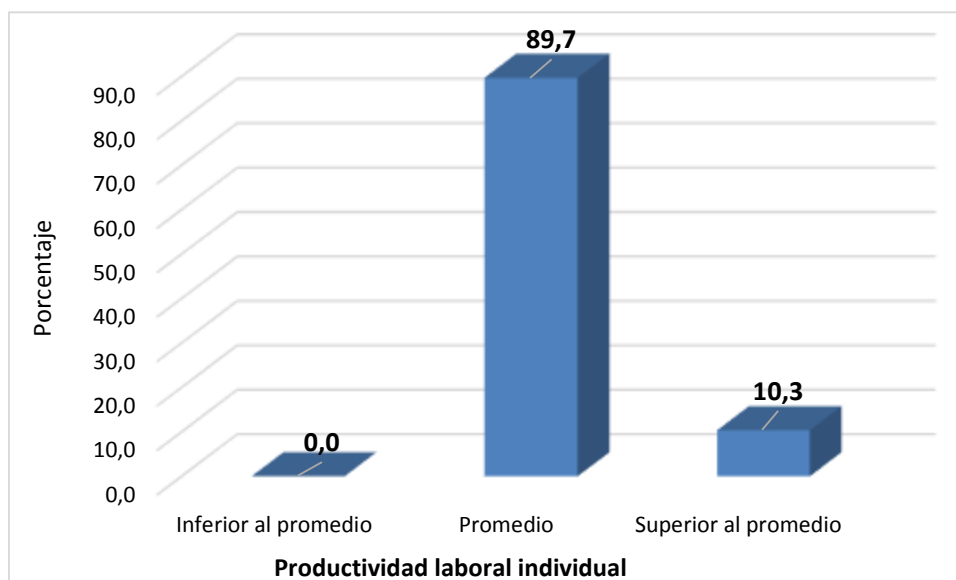


Figura 9. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad, Microrred Collique, 2015.

En lo que respecta a las dimensiones de esta variable se observó lo siguiente:

Tabla 04.

Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad laboral efectiva, Microrred Collique, 2015.

Productividad laboral Efectiva	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inferior al promedio	1	3,4	3,4
Promedio	24	82,8	86,2
Superior al promedio	4	13,8	100,0
Total	29	100,0	

Se observó que mayoritariamente las enfermeras evaluadas se ubicaron en la categoría promedio con un 82,8% y superior al promedio se ubicaron un 13,8%. Un 3,4% del total de las evaluadas se ubicaron en la categoría Inferior al promedio como se aprecia a continuación en la siguiente figura:

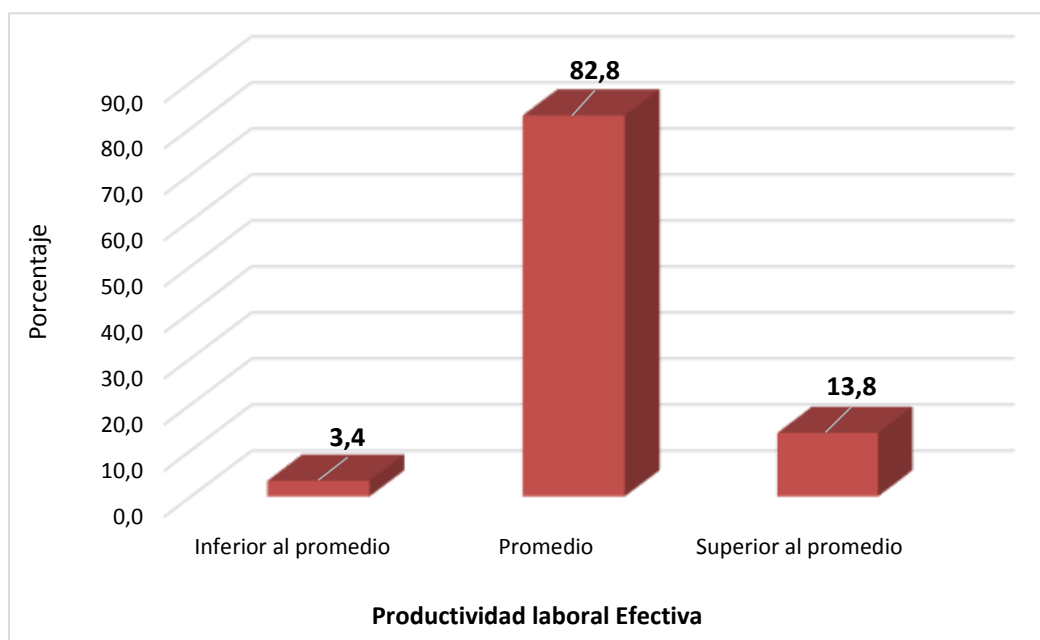


Figura 10. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de productividad laboral efectiva, Microrred Collique, 2015.

Tabla 05.

Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de promedio de trabajo efectivo por producto, Microrred Collique, 2015.

Promedio de trabajo efectivo por producto	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inferior al promedio	1	3,4	3,4
Promedio	24	82,8	86,2
Superior al promedio	4	13,8	100,0
Total	29	100,0	

Se observó que mayoritariamente las enfermeras evaluadas se ubicaron en la categoría promedio con un 82,8% y superior al promedio se ubicaron un 13,8%. Un 3,4% del total de las evaluadas se ubicaron en la categoría Inferior al promedio como se aprecia a continuación en la siguiente figura:

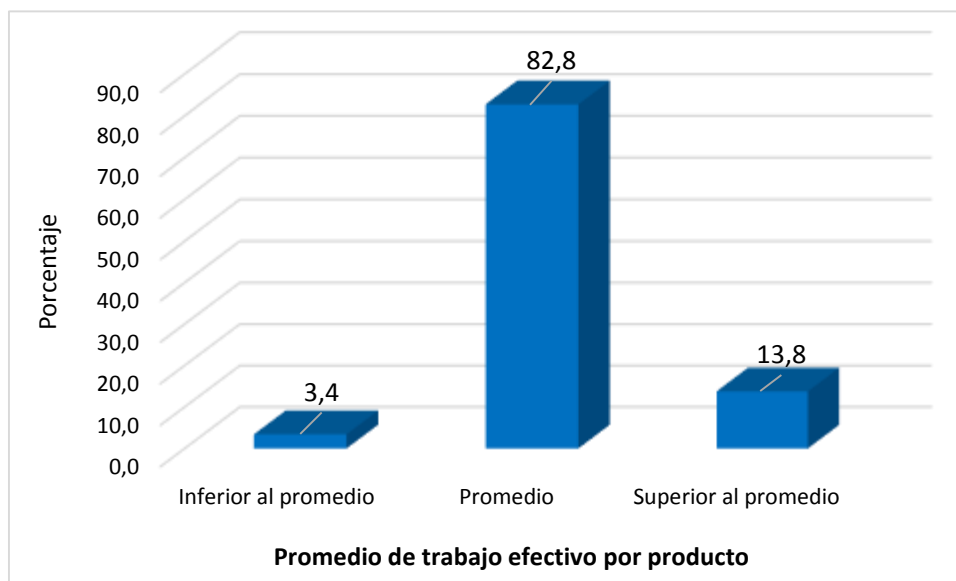


Figura 11. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de promedio de trabajo efectivo por producto, Microrred Collique, 2015.

Tabla 06.

Frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de esfuerzo individual por producto, Microrred Collique, 2015.

Esfuerzo individual por producto	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inferior al promedio	1	3,4	3,4
Promedio	26	89,7	93,1
Superior al promedio	2	6,9	100,0
Total	29	100,0	

Se observó que mayoritariamente las enfermeras evaluadas se ubicaron en la categoría promedio con un 89,7% y superior al promedio se ubicaron un 6,9%. Un 3,4% del total de las evaluadas se ubicaron en la categoría Inferior al promedio como se aprecia a continuación en la siguiente figura:

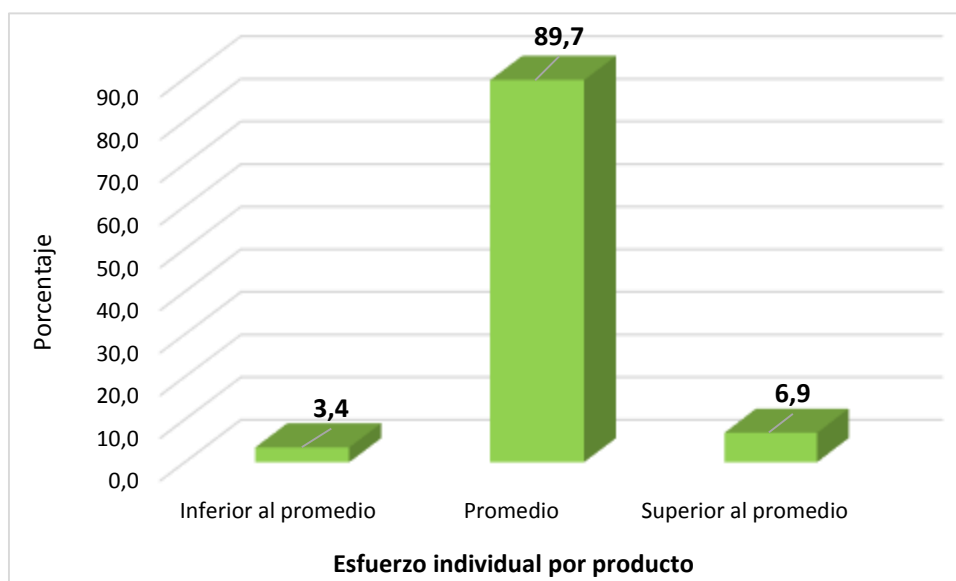


Figura 12. Distribución de frecuencias de las enfermeras evaluadas de acuerdo al grado de nivel de esfuerzo individual por producto, Microrred Collique, 2015.

3.2. Contraste de hipótesis.

3.2.1. Contraste de hipótesis específica 1: Entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, 2015.

Previamente se plantearon las hipótesis de contraste:

H₁: Existe relación entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

H₀: No existe relación entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique

Tabla 07.

Prueba de correlación Rho Spearman entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

			Productividad	Agotamiento emocional
Rho de	Agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	-,725**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	29	29
Spearman	Productividad	Coefficiente de correlación	1,000	-,725**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	29	29

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

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel de significación ($p=0,000 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y afirmar que Existe relación entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

En base a esto se vio que el coeficiente de correlación señaló una relación negativa (Inversa) y fuerte ($r = -0,725$) interpretándose que a mayor Agotamiento emocional, entonces menor productividad.

3.2.2. Contraste de hipótesis específica 2: Entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, 2015.

Previamente se plantearon las hipótesis de contraste:

H₁: Existe relación entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

H₀: No existe relación entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique

Tabla 08.

Prueba de correlación Rho Spearman entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

			Productividad	Despersonalización
Rho de Spearman	Despersonalización	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,644**	1,000
		N	29	29
Rho de Spearman	Productividad	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,644**
		N	29	29

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

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel de significación ($p=0,000 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y afirmar que Existe relación entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

En base a esto se vio que el coeficiente de correlación señaló una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,644$) interpretándose que a mayor despersonalización, entonces menor productividad.

3.2.3. Contraste de hipótesis específica 3: Entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, 2015.

Previamente se plantearon las hipótesis de contraste:

H₁: Existe relación entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

H₀: No existe relación entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Tabla 09.

Prueba de correlación Rho Spearman entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, 2015

			Productividad	Falta de realización personal
Rho de	Falta de realización personal	Coefficiente de correlación	-,451**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	
		N	29	29
Spearman	Productividad	Coefficiente de correlación	1,000	-,451**
		Sig. (bilateral)		,002
		N	29	29

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

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel de significación ($p=0,002 < 0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y afirmar que Existe relación entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

En base a esto se vio que el coeficiente de correlación señaló una relación negativa (Inversa) aunque baja ($r = -0,451$) interpretándose que a mayor falta de realización personal, entonces menor productividad.

3.2.4. Contraste de hipótesis General: Entre el síndrome de burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, 2015.

Previamente se plantearon las hipótesis de contraste:

H₁: Existe relación entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

H₀: No existe relación entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

Tabla 10.

Prueba de correlación Rho Spearman entre el síndrome de burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

			Productividad	Síndrome de burnout
Rho de	Síndrome de burnout	Coefficiente de correlación	-,585**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	29	29
Spearman	Productividad	Coefficiente de correlación	1,000	-,585**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	29	29

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

Se observó que el valor de la significancia fue menor que el nivel de significación ($p=0,000<0,05$) por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y afirmar que Existe relación entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.

En base a esto se vio que el coeficiente de correlación señaló una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,585$) interpretándose que a mayor Síndrome de burnout, entonces menor productividad.

IV. DISCUSIÓN.

De acuerdo a lo demostrado en los contrastes de las hipótesis de los resultados, se encontró que los contrastes significativos reafirman las teorías rectoras enunciadas en los fundamentos teóricos de este trabajo de investigación, coincidiendo con estudio de Quezada (2013). Asimismo es importante observar que el síndrome de burnout en las enfermeras evaluadas tuvo una tendencia hacia el nivel bajo – medio, lo que definitivamente pone en alerta la probabilidad de incremento del nivel medio con tendencia hacia el nivel alto, pudiendo ser una oportunidad para prever y revertir esta situación, de acuerdo a lo señalado por Tapia, Ávalos y Vargas (2009). Por otro lado respecto a la productividad, la tendencia fue similar, observando una tendencia alta en la categoría promedio.

En cuanto a la hipótesis específica 1, se vio de que hubo significación entre el agotamiento emocional y la productividad lo que es perfectamente coherente y congruente con la teoría de Maslach y Jackson (1981) y teniendo consistencia con lo encontrado con Zavala *et al* (2011) cuando señala que la presión emocional ocasiona un agotamiento lo que podría ser un causal importante no solo en la productividad sino también en la calidad de atención, lo que podría ocasionar problemas de insatisfacción de parte del usuario externo, situación que bien podría ser motivo de un análisis posterior, en una nueva propuesta de investigación, tal como lo propuso Tuapanta, Yáñez y Barragán (2012).

Respecto a los resultados de la segunda hipótesis específica, nuevamente se determinó una relación significativa entre la despersonalización y la productividad siendo una relación inversa, es decir negativa. Esto fue coherente con lo encontrado por Luna (2012) quien en su estudio de medición de la productividad además de sugerir nexos con rasgos de estrés propios de la actividad en salud, manifestó la importancia de la medición como indicador importante no solo del desempeño sino como una medida de ratio enfermera/paciente que da buenas luces al personal médico en su gestión institucional en los establecimientos de salud.

En los resultados de la hipótesis específica 3, también se encontró significancia entre la falta de realización personal y la productividad. Esto, indudablemente, no solo corrobora a los tratadistas como Leiter, Maslach y Jackson

(1983) sino que es perfectamente coherente con lo manifestado por los autores investigadores consultados como Apaza, Mendoza y Zegarra (2009) y Salazar (2014) cuando señalan que una parte fundamental de la mejora de la productividad está en la mejora de las capacidades personales y profesionales del personal, situación que se lleva a cabo mediante la realización personal de los profesionales de enfermería que se evaluaron. Por lo que en este caso específico se considera una excelente oportunidad no solo para ratificar y/o explorar aún más las aristas de investigación que podrían sub generarse de este anticipo, sino que también es una ocasión muy buena para los gestores en salud, pudiendo implementar estrategias que garanticen el incremento de las competencias del personal de salud.

Ahora respecto a los resultados del síndrome de Burnout y la productividad de las enfermeras evaluadas, en el resultado de la hipótesis general se ratificó lo que anteriormente ya se había observado, es decir se demostró una relación significativa e inversa entre estas variables analizadas, lo que lleva a ratificar lo señalado por Salazar (2014), aunque sería interesante analizar también el componente socioeconómico del personal, con la finalidad no solamente de identificar a los grupos con mayor vulnerabilidad de burnout sino que también permitirá tener mayor criterio para la asignación de las tareas y regular los descansos, de los cuales poco o nada se hace, dese una óptica de gestión del personal, visto como capital humano, tal como lo sugiere Apaza, Mendoza y Zegarra (2009).

V. CONCLUSIONES.

- Primera:** Existe relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre el agotamiento emocional y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique siendo una relación negativa (Inversa) y fuerte ($r = -0,725$) interpretándose que a mayor Agotamiento emocional, entonces menor productividad.
- Segunda:** Existe relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre la despersonalización y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, siendo una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,644$) interpretándose que a mayor despersonalización, entonces menor productividad.
- Tercera:** Existe relación significativa ($p=0,002<0,05$) entre la falta de realización personal y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique, siendo una relación negativa (Inversa) aunque baja ($r = -0,451$) interpretándose que a mayor falta de realización personal, entonces menor productividad.
- Cuarta:** Existe relación significativa ($p=0,000<0,05$) entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique siendo una relación negativa (Inversa) aunque moderada ($r = -0,585$) interpretándose que a mayor Síndrome de burnout, entonces menor productividad.

VI. RECOMENDACIONES.

- Primera:** A las autoridades de Salud de la Microrred Collique se sugiere plantear un programa estratégico que permita disminuir los porcentajes de enfermeras con grado medio de Síndrome de Burnout.
- Segunda:** Estandarizar los procedimientos de monitoreo de la productividad del profesional de enfermería con la finalidad de mejorar la gestión del personal asistencial.
- Tercera:** A los investigadores en salud, analizar otros factores conexos a la realidad del personal de salud con la finalidad de caracterizar mejor la búsqueda de incidencia del Síndrome de Burnout así como también replicar este estudio pero especificando unidades o servicios donde se presume que haya mayor incidencia del síndrome de Burnout y relacionarlo con la percepción del usuario externo respecto a la calidad de atención.
- Cuarta:** A las autoridades en investigación en Salud de la Universidad César Vallejo se recomienda entablar alianzas estratégicas que favorezcan la realización de las tesis e investigaciones en instituciones representativas de Lima Metropolitana.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, L. y Fernández, L. (2011) El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la salud* 2(4).
- Apaza E, Mendoza E, Zegarra E. (2009) Identificar la prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. Lima: *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizan"*. (12) 27-36
- Arauco G., (2007) Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera". *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizan"*. (12) 27 – 36.
- Arencibia, L. (2009). *Productividad y recursos humanos*. Recuperado de www.camarafp.org/portal/index.php/empresas/.../496.../download.html
- Arndt, C. y Daderian, L. (1992) *Administración de enfermería. Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas*, (2da ed.) México D. F.: Mosby Company.
- Ayala E., (2011) *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú*. Recuperado de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf
- Basset, J. y Estévez, R. (2010). Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D.F. *Enfermera Neurológica*, 10(1); 27-31. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111f.pdf>
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001): *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Cabrera, J. (2006). *El Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la Atención Primaria*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Recuperado de: www.ilustrados.com/documentos/eb-tesisburnout.doc

- Carrillo, R., Gómez, K. y Espinoza, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med. Int. Mex.* 28(6); 579 – 584.
- Chávez, G. y Lozano, L. (2007). *Relación entre la interacción enfermera(o) Usuario externo y el Grado de Satisfacción del cuidado que Recibe, Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima.* Recuperado de: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/74-79.pdf>
- Chiavenato, I. (2000) *Administración de los Recursos Humanos.* (5ta ed.). Colombia: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Cuevas P., O'Ferrall C., Gavira C, Crespo J. (2009) Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación. *Enfermería Científica*; 202:74-76.
- Dirección General de Capacitación y productividad (1996) (Guía técnica 4) *Técnicas e instrumentos de medición de la productividad y la calidad.* México D. F.: Secretaría del trabajo.
- Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. *Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad social,* México. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020113999.pdf>
- Gamonal-Mosaurieta Y., García, C, Silva M. Z. (2008). *Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas.* Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=559625&indexSearch=ID>
- Garcia, Y., y Pertúz, L. (2004) *síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del hospital "Dr. Domingo luciani" tercer trimestre del 2004. Venezuela.* Recuperado de: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2583/1/SIDROME%20DE%200BURNOUT.pdf>

- Gil Monte, P. (1997): Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), Enero febrero.
- Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación científica*. (5ta ed.) México D.F.: McGraw Hill.
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1996): The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9(2); pp. 297- 308.
- López C, Zegarra C, Cuba V, (2007) *Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. Perú Recuperado de: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/55-63.pdf>
- Lorenz, V. R., Cardoso, M. C. y Oliviera, M. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091.
- Luna, M. (2012) Medición de la productividad en una institución pública del sector salud *Redip. Unexpo. VRB*, 2(4). Recupero de <http://redip.bqto.unexpo.edu.ve>.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982): *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Montgomery, D. (2005) *Diseños experimentales*. (5ta ed.). México: McGraw Hill.
- Moreno, K. M. y Duque, M. D. (2013). *Medición de la productividad en el área administrativa de compras y suministros de Comfamiliar Risaralda: una propuesta de mejora continua*. (Trabajo de grado presentado para optar al título de Ingeniero Industrial). Universidad Tecnológica De Pereira.

- Navarro G. E.. (1996) *Conocimiento y manejo del estrés en enfermería de los servicios de medicina de los hospitales Arzobispo Loayza y Dos de Mayo* (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería) U.N.M.S.M. Recuperado de: rev.med.panacea.unica.edu.pe/index.php/med/article/download/45/48
- Parada M., Moreno R., Mejías Z., Rivas A., Rivas F., Cerrada J., Rivas F. (2005) Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023104>
- Polit, D. y Hungler, B. (2004) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana*. México: McGraw Hill.
- Prokopenko, J. (1989). *La Gestión de la Productividad*. Ginebra: Manual práctico. Organización Internacional del Trabajo.
- Quevedo, I. K. (2006) Síndrome de Burnout y calidad de la atención en el área de emergencia del hospital regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo *Revista Medicina - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas del IESS, Guayaquil – Ecuador*, Recuperado de: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/320>
- Quezada, C. A. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de salud y su relación con la calidad de atención que se brinda en pacientes hospitalizados del sector privado en la ciudad de Loja, en el periodo julio- diciembre del 2011*. (Tesis para optar el título de Médico). Universidad Técnica Particular de Loja. Área Biológica. Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/7971>
- Salazar, E. M. (2014). *El síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y su relación con la atención al usuario en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período agosto 2013– enero 2014*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada de Enfermería). Universidad Técnica De Ambato.

Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería. Recuperado de:
<http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7499>

Salcedo, K. (2007) *Nivel de Síndrome de Burnout que presenta el Personal de Enfermería que trabaja en el Albergue Central Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro*. Perú.

Stoner J., Freeman R. y Gilbert D. (1996). *Administración*. (6ta ed.). México D. F.: Pearson Educación.

Tapia, A, Ávalos, G. y Vargas, R. (2009) Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional. Michoacán. *El instituto*; 17 (1): 31-38.

Tello J. (2009). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*, Lima Recuperado de:
http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/547/1/tello_bj.pdf

Tuapanta, E., Yáñez, M. y Barragán, M. (2012) *Estrés Laboral En el Talento Humano de Enfermería relacionado con la Calidad de Atención que oferta al usuario externo que acude al Centro De Salud "Hospital San Miguel"*

Tuesca, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G. y Vergara, D. (2006) Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*; 22 (2): 84-91. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v22n2/v22n2a04.pdf>

Vílchez, J. (2011). *Inferencia Estadística para investigadores*. Perú: Grafica Carvil A.S.C.

Zavala, G., Posada, M, Arévalo, S. y Jiménez, J. (2011). *Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar*. México. D.F.

Apéndices

Apéndice 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	MÉTODOS	TÉCNICAS /INSTRUMENTOS
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique</p> <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique? • ¿Cuál es la relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique? • ¿Cuál es la relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique? 	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación del Síndrome de Burnout en enfermeras y la productividad de los profesionales de enfermería que laboran en la Microred Collique.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique. • Determinar la relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique. • Determinar la relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre el síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre el agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique. • Existe relación entre la despersonalización del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique. • Existe relación entre la falta de realización personal del síndrome de Burnout y la productividad del personal de enfermería en la Microred Collique 	<p>VARIABLE 1: Síndrome de Burnout</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Agotamiento emocional</p> <p>Despersonalización</p> <p>Falta de realización personal</p> <p>VARIABLE 2: Productividad laboral</p> <p>Dimensiones</p> <p>Productividad laboral efectiva individual (PLEI)</p> <p>Promedio de trabajo efectivo por producto (PTEP)</p> <p>Esfuerzo individual por producto</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Básica.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Descriptiva correlacional.</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>29 enfermeras que trabajan y asisten respectivamente en los 11 establecimientos de salud de la Microred Collique, de la Red de Salud Túpac Amaru del distrito de Comas.</p> <p>MUESTRA</p> <p>29 enfermeras que trabajan y asisten respectivamente en los 11 establecimientos de salud de la Microred Collique, de la Red de Salud Túpac Amaru del distrito de Comas.</p>	<p>RECOLECCION DE DATOS</p> <p>La técnica que se utilizará es la encuesta. Se recogerán datos directamente de la muestra en forma anónima y confidencial</p> <p>El instrumento para recoger información de la productividad será la ficha de observación en base a las historias clínicas y el histórico reportado en cada C.S..</p> <p>TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS</p> <p>La información obtenida será debidamente codificada e ingresada en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 23.0 para su procesamiento. El análisis se realizara describiendo cada variable de estudio determinando frecuencias, magnitudes, proporciones, y posteriormente se hará un análisis estadístico para determinar la correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0.05.</p>

Apéndice 2: Instrumentos.

ESCALA DE MASLACH

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

AGOTAMIENTO EMOCIONAL						
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotado.	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	1	2	3	4	5	6
4. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	1	2	3	4	5	6
5. Me siento "quemado" por el trabajo.	1	2	3	4	5	6
6. Me siento frustrado por mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
7. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	1	2	3	4	5	6
8. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés	1	2	3	4	5	6
9. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades	1	2	3	4	5	6
DESPERSONALIZACIÓN						
10. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	1	2	3	4	5	6
11. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	1	2	3	4	5	6
12. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5	6
13. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5	6
FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL						
15. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.						
16. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	1	2	3	4	5	6
17. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	1	2	3	4	5	6
18. Me encuentro con mucha vitalidad.	1	2	3	4	5	6
19. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	1	2	3	4	5	6
20. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	1	2	3	4	5	6
21. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	1	2	3	4	5	6
22. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	1	2	3	4	5	6

Apéndice 3: Base de datos:

Síndrome de burnout.

CSS	DIMENSION_1	EMOCIONALMENTE	AGOTADO	CANSADO	TENSION	QUEMADO	FRUSTRADO	SIENTO	ESTRESS	POSIBILIDADES	DIMENSION_2	OBJETOS
10	3	4	4	4	4	2	1	2	1	2	1	1
3	3	4	6	5	1	1	1	7	1	1	1	1
2	3	7	7	4	1	2	1	3	4	1	2	1
4	2	1	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1
10	2	3	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1
5	2	2	3	3	2	1	2	1	1	2	1	1
10	2	3	3	4	3	3	1	1	2	2	1	1
4	5	7	7	6	5	5	5	3	2	1	1	1
2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	3	2	1	1	1	3	1	1	2	2
9	4	7	7	2	1	4	2	4	3	2	1	1
2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	3	7	3	1	3	1	1	1	1	4	3
10	3	6	6	4	2	1	2	4	2	4	1	1
11	3	6	3	6	2	1	1	3	2	1	1	1
1	3	4	6	5	1	1	1	7	1	1	1	1
1	3	7	7	4	1	2	1	3	4	1	2	1
3	2	1	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1
11	2	3	2	3	1	1	1	2	2	1	1	1
3	2	2	3	3	2	1	2	1	1	2	1	1
6	2	3	3	4	3	3	1	1	2	2	1	1
1	5	7	7	6	5	5	5	3	2	1	1	1
7	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	2	3	2	1	1	1	3	1	1	2	2
6	4	7	7	2	1	4	2	4	3	2	1	1
7	4	6	7	4	2	1	2	4	2	4	1	1
1	4	6	7	6	5	5	5	3	2	1	1	1
8	3	7	6	4	1	2	1	3	4	1	2	1

COMPORTAMIENTOS	PREOCUPA	REALMENTE	PROBLEMAS	DIMENSION_3	PUEDO_ENTENDER	ENFRENTO	SIENTO_TRABAJO	VITALIDAD	ATMOSFERA	ANIMADO	PENA	EMOCIONALES
1	1	1	2	7	7	7	7	6	6	6	6	7
1	1	1	1	6	7	7	7	5	7	7	7	1
2	4	2	1	7	7	6	7	6	7	6	7	7
1	1	1	1	5	3	4	5	6	6	6	6	6
1	1	1	1	6	4	6	6	6	6	7	7	6
1	1	1	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4
1	1	1	1	4	4	2	4	7	7	3	7	1
1	1	1	2	6	7	6	7	6	7	5	6	6
1	1	1	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7
1	1	1	7	6	6	7	6	6	7	6	6	7
1	2	1	1	3	2	3	2	2	3	2	6	6
1	1	1	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2	2	2	2	6	7	6	6	6	7	7	6	6
7	1	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
1	1	1	1	6	7	7	6	6	7	6	6	6
1	1	1	1	6	7	6	7	6	6	6	6	6
1	1	1	1	6	7	7	7	5	7	7	7	1
2	4	2	1	7	7	6	7	6	7	6	7	7
1	1	1	1	5	3	4	5	6	6	6	6	6
1	1	1	1	6	4	6	6	6	6	7	7	6
1	1	1	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4
1	1	1	1	4	4	2	4	7	7	3	7	1
1	1	1	2	6	7	6	7	6	7	5	6	6
1	1	1	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7
1	1	1	7	6	6	7	6	6	7	6	6	7
1	2	1	1	3	2	3	2	2	3	2	6	6
1	1	1	1	6	7	7	6	6	7	6	6	6
1	1	1	2	6	7	6	7	6	7	5	6	6
2	4	2	1	7	7	6	7	6	7	6	7	7

Productividad laboral:

Semana	Semana 1					Semana 2				
usuarios nuevos	277					261				
usuarios recurrentes	114					198				
usuarios transferidos	56					89				
usuarios fallecidos	0					0				
Total Usuarios	447					548				
Personal	Horas en servicio asistencial	Personas atendidas	Nuevos	Recurrentes	Transferidos	Horas en servicio asistencial	Personas atendidas	Nuevos	Recurrentes	Transferidos
Enfermera 1	55	16	10	3	3	65	22	9	8	5
Enfermera 2	61	17	14	2	1	57	16	8	5	3
Enfermera 3	62	18	13	4	1	60	17	8	6	3
Enfermera 4	58	17	13	4	0	60	18	10	5	3
Enfermera 5	55	16	10	3	3	55	16	11	3	2
Enfermera 6	60	17	11	4	2	60	19	12	5	2
Enfermera 7	45	13	8	4	1	65	23	4	12	7
Enfermera 8	50	14	9	5	0	60	17	10	6	1
Enfermera 9	44	13	7	5	1	58	18	6	7	5
Enfermera 10	65	19	13	4	2	60	19	11	5	3
Enfermera 11	49	14	6	5	3	66	20	10	6	4
Enfermera 12	56	16	13	2	1	60	17	7	6	4
Enfermera 13	50	14	8	4	2	55	19	8	7	4

Enfermera 14	50	14	9	3	2	55	18	8	8	2
Enfermera 15	60	17	11	4	2	63	20	12	6	2
Enfermera 16	50	14	10	3	1	58	18	9	8	1
Enfermera 17	44	13	8	5	0	48	16	10	6	0
Enfermera 18	45	13	9	4	0	58	18	5	9	4
Enfermera 19	60	17	11	5	1	58	19	5	10	4
Enfermera 20	60	17	12	3	2	66	21	12	7	2
Enfermera 21	50	14	8	5	1	69	23	14	8	1
Enfermera 22	55	16	9	4	3	67	21	7	11	3
Enfermera 23	59	17	8	5	4	60	16	7	5	4
Enfermera 24	50	14	7	4	3	60	18	11	4	3
Enfermera 25	57	16	9	4	3	55	16	7	6	3
Enfermera 26	56	16	8	4	4	70	25	12	9	4
Enfermera 27	50	14	5	5	4	65	22	10	8	4
Enfermera 28	58	17	10	4	3	60	17	8	6	3
Enfermera 29	50	14	8	3	3	50	19	10	6	3
Total	1564	447	277	114	56	1743	548	261	198	89

Semana	Semana 3				Semana 4					Semana 5					
usuarios nuevos	340				249					245					
usuarios recurrentes	202				128					167					
usuarios transferidos	108				99					90					
usuarios fallecidos	0				0					0					
Total Usuarios	650				476					502					
Personal	Horas en servicio asistencial	Personas atendidas	Nuevos	Recurrentes	Transferidos	Horas en servicio asistencial	Personas atendidas	Nuevos	Recurrentes	Transferidos	Horas en servicio asistencial	Personas atendidas	Nuevos	Recurrentes	Transferidos
Enfermera 1	60	22	13	5	4	65	18	10	5	3	44	14	8	4	2
Enfermera 2	60	22	11	7	4	49	15	9	4	2	50	16	8	6	2
Enfermera 3	63	23	11	8	4	44	14	6	4	4	50	16	9	5	2
Enfermera 4	63	23	13	6	4	49	15	5	6	4	54	17	11	4	2
Enfermera 5	60	22	14	5	3	59	18	10	5	3	50	16	8	5	3
Enfermera 6	63	23	13	6	4	49	15	5	6	4	52	16	5	7	4
Enfermera 7	68	25	6	12	7	52	16	10	4	2	48	15	6	7	2
Enfermera 8	58	21	7	8	6	52	16	9	4	3	60	19	7	9	3
Enfermera 9	61	23	9	9	5	51	16	8	3	5	68	21	12	4	5
Enfermera 10	54	20	7	9	4	58	15	7	4	4	47	15	8	3	4
Enfermera 11	69	26	15	8	3	48	14	9	2	3	50	16	6	7	3

Enfermera 12	63	23	12	8	3	49	16	5	8	3	60	19	8	8	3
Enfermera 13	59	22	7	10	5	60	19	10	4	5	60	19	8	7	4
Enfermera 14	58	21	11	7	3	59	18	8	7	3	67	21	11	7	3
Enfermera 15	55	20	8	8	4	53	17	10	3	4	48	15	7	4	4
Enfermera 16	61	23	7	11	5	60	19	10	4	5	60	19	9	6	4
Enfermera 17	60	22	8	9	5	55	17	9	3	5	71	22	12	6	4
Enfermera 18	61	23	10	9	4	55	17	9	4	4	60	19	9	6	4
Enfermera 19	61	23	10	8	5	50	16	10	3	3	52	16	7	6	3
Enfermera 20	50	19	14	3	2	55	17	10	5	2	52	16	8	6	2
Enfermera 21	60	22	15	5	2	50	16	10	4	2	60	19	10	7	2
Enfermera 22	60	22	15	4	3	50	16	10	3	3	55	17	10	4	3
Enfermera 23	63	23	14	5	4	55	17	8	5	4	48	15	6	6	3
Enfermera 24	63	24	13	8	3	57	16	6	6	4	50	16	6	6	4
Enfermera 25	60	22	14	4	4	60	19	9	6	4	55	17	7	6	4
Enfermera 26	60	24	16	4	4	49	15	8	4	3	53	17	7	6	4
Enfermera 27	60	22	11	7	4	49	14	6	4	4	59	18	11	4	3
Enfermera 28	55	20	16	4	0	57	18	12	4	2	54	17	11	5	1
Enfermera 29	67	25	20	5	0	55	17	11	4	2	60	19	10	6	3
Total	1755	650	340	202	108	1554	476	249	128	99	1597	502	245	167	90

