



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO -
TERAPÉUTICO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LAS UNIDADES
CRÍTICAS DEL HOSPITAL II ESSALUD - HUÁNUCO
2012**

**Para optar el Grado Académico de
Magister en Ciencias de la Salud
Mención Gerencia en Servicios de Salud**

Autor

TELMA LUSITANIA NIÑO RAMOS

Huánuco - Perú

Abril, 2016



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los dieciocho días del mes de abril del año dos mil dieciséis, siendo las 16.00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Mg. Julia PALACIOS ZEVALLOS, **Presidenta**, Mg. Amalia LEIVA YARO, **Secretaria**, y Mg. Maricela MARCELO ARMAS, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante RESOLUCIÓN N° 023-2014-D-EPG-UDH, de fecha veintinueve de enero del año dos mil catorce y el aspirante al Grado Académico de Magíster, Bach. Telma Lusitania NIÑO RAMOS.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO TERAPÉUTICO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE SÍNDROME BURN OUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LAS UNIDADES CRITICAS DEL HOSPITAL II ESSALUD-HUANUCO 2012"**, para optar el Grado Académico de Magíster en Ciencias de la Salud, mención: Gerencia en Servicios de Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, luego la Presidenta del jurado comunicó el resultado, habiendo obtenido la nota Dieciséis con la calificación de Buena; al mismo tiempo recomendó a la Escuela de Post Grado, se le otorgue el grado académico de Magíster en Ciencias de la Salud, mención en Gerencia en Servicios de Salud a la graduando Telma Lusitania NIÑO RAMOS.

Se suscribe la presente Acta en tres originales y siendo las 17.30 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

PRESIDENTA

Mg. Julia Marina PALACIOS ZEVALLOS

SECRETARIA

Mg. Amalia LEIVA YARO

VOCAL

Mg. Maricela MARCELO ARMAS

DEDICATORIA

A Dios quien me guió por el buen camino, me dio fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fe ante el desafío que estos representaban.

A mis padres que se encuentran en el cielo, por su amor y sus ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizaron y que me han infundido siempre el valor para salir adelante.

A mi esposo por su paciencia y comprensión y su sacrificio para priorizarme, por su bondad y dedicación en sus orientaciones. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mi hija por ser ella mi mayor motivación para nunca rendirme en mis objetivos, metas y poder ser el ejemplo a seguir.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida espiritual e intelectual y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante este periodo de estudio e investigación.

A la universidad por darme la oportunidad de forjarme un camino, por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi formación para el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mis asesores por haberme transmitido sus conocimientos para el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Summary	3
Presentación	4
CAPÍTULO I	
INTRODUCCION	6
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Trascendencia teórica, técnica y académica	10
1.4 Antecedentes inmediatos	11
1.5 Objetivos	18
CAPÍTULO II	
REFERENCIA TEÓRICA O CONCEPTUAL	20
2.1 Antecedentes teóricos	20
2.2 Aspectos conceptuales o doctrinarios	22
2.3 Base teórica o teoría en la que se sustenta	32
2.4 Definiciones operacionales	37
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	39
3.1 Método y nivel de investigación	39
3.2 Sistema de hipótesis y variables	39
3.3 Técnicas e instrumentos	43
3.4 Cobertura de la investigación	45
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	47
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
5.1 Verificación de hipótesis	54

5.2	Nuevos planteamientos	54
CAPÍTULO VI		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		57
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA		60
ANEXOS		65
	Cuestionario utilizado o aplicado en la investigación	66
	Matriz de consistencia	70
	Itinerario del Programa E – T sobre el Síndrome de Burn Out	73

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar el efecto de un Programa Educativo Terapéutico en la prevención del *Síndrome de Burnout* en los profesionales de enfermería, que laboran en las unidades críticas del Hospital II, EsSalud de Huánuco, 2012. El tipo de investigación que aplicamos tiene un nivel experimental; estableciendo los métodos de estudio cuasi-experimental-prospectivo-longitudinal; de los cuales se trabajó con una muestra piloto de 20 profesionales de enfermería. Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario. Los resultados muestran que un promedio del 80% de profesionales de enfermería presentaron el síndrome Burnout antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico y después de la aplicación un promedio de 60% no presentaron dicho síndrome. Para tal efecto, se llegaron a las siguientes conclusiones: el Programa Educativo Terapéutico es efectivo para la prevención y control del *Síndrome de Burnout* en los profesionales de enfermería que laboran en unidades críticas, donde se comprobó que

$$P: \infty 0.05 = 3.84 < 14.05 \rightarrow H_a$$

Palabras claves: Programa Educativo Terapéutico, prevención y control del síndrome de Burnout.

SUMMARY

The main objective of this research involves determining the impact of a therapeutic educational program about the prevention of Burnout's Syndrome in the nursery staff of the Huánuco EsSalud II Hospital (2012). This research has an experimental level, using almost-experimental, prospectus and longitudinal studies; of which we worked with a pilot sample of twenty nursing professionals. We used a questionnaire in order to gather data. Therefore the results evidence that 80% of nursing professionals presented Burnout's Syndrome before the application of the therapeutic program and 60% did not present the aforementioned syndrome after we run the program. From our study we drew the following conclusions: The therapeutic educational program is effective for prevention and control of Burnout's Syndrome on the nursing professionals that labor in critical units. We found out that

$$P: \infty 0.05 = 3.84 < 14.05 \rightarrow H_a$$

Key Words: Educational Therapeutic Program, prevention and Control of Burnout's Syndrome

PRESENTACIÓN

Durante las últimas décadas, la salud mental ha tomado especial relevancia en el ámbito social, en especial en el campo laboral. Por esto, cobra especial importancia en el estudio del desempeño de los profesionales que prestan atención en salud.

La estabilidad emocional de los profesionales que brindan salud ha cobrado interés en los últimos años. Se están poniendo en marcha diversos estudios de investigación por parte de la comunidad científica internacional sobre los factores que alteran el equilibrio emocional y, en consecuencia, el desempeño de estos profesionales. No obstante, pese a los altos índices de morbilidad psicoemocional, estas iniciativas aún no han logrado la difusión que les corresponde.

Dentro de las principales afecciones que padecen los profesionales de salud, como consecuencia de la práctica de sus respectivas ocupaciones, se encuentra el estrés laboral. Asimismo, en las dos últimas décadas se ha identificado una entidad clínica bastante reconocible llamada Síndrome de Burnout, o Síndrome de estar quemado; síndrome que se circunscribe con sus especiales características dentro de lo que en general es el estrés laboral, y que a la vez, afecta a los profesionales de salud que experimentan desgaste emocional al contacto con los beneficiarios de sus servicios.

En ese sentido, el presente trabajo tiene por objetivo cubrir esa necesidad de estudio e incidir en el diagnóstico, tratamiento y prevención de este cuadro clínico entre la población de profesionales de salud; en este caso, entre las enfermeras que laboran en servicios críticos de la institución prestadora de servicios de salud, Hospital II EsSalud - Huánuco.

Nuestra hipótesis plantea la validez que podría tener la intervención de herramientas educativas y terapéuticas sobre la población comprometida con esta dolencia; específicamente, a través de un programa diseñado con este propósito.

Se eligió un instrumento conocido y valorado internacionalmente como el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es un cuestionario que nos permitió medir adecuadamente la incidencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada en dos momentos diferentes. El primero, antes de nuestra intervención con el programa educativo-terapéutico y, el segundo, posterior a la intervención, sobre la misma población estudiada.

Se utilizó el método longitudinal, prospectivo y cuasi experimental para medir el efecto del programa educativo terapéutico sobre la población estudiada; es decir, las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Hospital Nivel II EsSalud Huánuco.

Mediante el presente trabajo de investigación se ha podido comprobar el efecto benéfico que prosiguió a la aplicación del programa educativo-terapéutico en el control del Síndrome de Burnout y que establece un paso importante en beneficio de todos los trabajadores que prestan servicios de salud y en especial en las enfermeras que trabajan en áreas críticas hospitalarias.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El concepto del Síndrome de Burnout o Síndrome de desgaste profesional fue dado a conocer por primera vez en Estados Unidos a mediados de los años setenta por el psiquiatra Herbert Freudenberger para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios ¹.

Posteriormente, la psicóloga Cristina Maslach ² lo asoció a los trabajadores de las profesiones de ayuda y lo definió como el desgaste emocional en el trabajo directo con personas, sobre todo en situaciones de enfermedad o desamparo, y que están expuestos a una sobrecarga laboral, como es el caso de los médicos, enfermeras, obstetras, asistentes sociales, psicólogos y auxiliares de enfermería que laboran en centros de salud públicos y privados.

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981, en él se describen tres factores contribuyentes en la formación del Síndrome de Burnout: "Cansancio emocional, descrito como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de las tareas; despersonalización o deshumanización, que supone una conducta de insensibilidad, y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado, y falta de realización personal consistente en una actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por este y baja autoestima personal". La principal característica y lo que

implica su intervención es que el profesional que lo padece no se percata del mismo ³.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos en 1991 demostraron que existe un elevado grado de desgaste profesional entre el personal de enfermería dada la naturaleza de sus funciones, pues se le exige al profesional de enfermería la confrontación con el sufrimiento, el dolor humano y la muerte ⁴.

Del mismo modo, en nuestro país, el ambiente de trabajo en las unidades hospitalarias sobre todo en las áreas críticas suele ser estresante y las actividades que realiza el personal de enfermería lo expone con frecuencia a riesgos específicos con agentes biológicos, físicos y psicosociales. Sin embargo, se ha dedicado poca atención a estos últimos.

Existen diferentes factores psicosociales que, aislados o en conjunto, son variables con efectos negativos en el desempeño laboral: el contacto e interacción diaria con las demandas y pedidos de otras personas, el intenso intercambio emocional, la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre las actividades que se realiza, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales, la desigualdad de salario, el trabajo por turnos, etcétera.

Mingote y Pérez ⁵ en el 2003, señalan que el *Síndrome de Burnout* es motivo de preocupación por sus repercusiones, pues deteriora tanto la salud del trabajador como la productividad de la empresa. Las consecuencias en el ámbito laboral están relacionadas con el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, ausentismo laboral, siniestralidad laboral y baja eficiencia en el desempeño del rol laboral. El estrés del profesional se asocia de forma significativa con insatisfacción del usuario, y con deterioro de la calidad asistencial.

Dicha psicopatología está fuertemente asociada a las nuevas normas de relación laboral en los últimos años; de hecho, está firmemente establecida como una enfermedad ocupacional.

Según el reporte de Soler y colaboradores del año 2008, la prevalencia de este síndrome en países desarrollados ha sido ampliamente estudiada. En un estudio reciente donde participaron trabajadores de once países europeos y Turquía, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos de Síndrome de Burnout, concluyéndose que este fenómeno es un problema común en toda Europa ⁶.

Robalino y Körner en el año 2005 citan un trabajo de La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el cual se hizo un estudio en el 2005 sobre las condiciones de trabajo y salud docente, que incluyó la participación de 6 países latinoamericanos (entre ellos Chile) y determinó un importante deterioro de la salud de los encuestados, estimando el Síndrome de Burnout en un 25% de los trabajadores ⁷.

En los estudios de Jorge Román en el año 2003 se reporta que entre los países latinoamericanos, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la enfermería ⁸.

En el Perú, estudios efectuados en el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, en enfermeras asistenciales, revelan que el 100% de profesionales presentan algún nivel de estrés (Rejas y Acori, 1998)⁹ y que el 71.4% experimenta sensación de sobrecarga laboral cualitativa y cuantitativa, con repercusiones negativas en su desempeño ocupacional y familiar (Arévalo, 2004).

Ahora bien, a la pregunta si se puede revertir este cuadro clínico, la respuesta es afirmativa. La mejor forma de prevenir el desgaste ocupacional es la prevención. Mingote y Pérez ⁵ señalan una serie de programas diseñados para la prevención del estrés en el trabajo. Entre estos resaltan medidas terapéuticas de tipo educacional, que se concentran en la transmisión de conocimientos útiles en la práctica que generen un cuerpo teórico-clínico eficaz para resolver los problemas de salud en un ambiente de colaboración y aprendizaje grupal.

Teniendo en consideración los elevados índices de estrés y la sensación de sobrecarga laboral en profesionales de salud en el Perú y el extranjero, es muy probable que en nuestra región Huánuco estemos frente a un problema de salud ocupacional relacionado con el Síndrome de Burnout no identificado que, como en las investigaciones mencionadas, comprometen la eficacia organizacional y la efectividad en la atención a los usuarios.

El propósito de nuestra investigación es conocer las condiciones emocionales y ocupacionales de los enfermeros de las unidades críticas del Hospital EsSalud I de Huánuco en beneficio de nuestra región, aplicando un método de prevención para el control del *Síndrome Burnout* a partir de la aplicación cuasi experimental de un programa educativo-terapéutico. Gracias a esto se espera brindar información actualizada a las instituciones de salud y profesionales de enfermería de nuestro entorno a fin de que puedan tomar medidas preventivas destinadas al control a largo plazo del estrés profesional denominado Síndrome de Burnout.

De esta manera, las observaciones y los motivos expuestos me motivaron a plantear el siguiente problema:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el efecto de un programa educativo-terapéutico en la prevención y control del *Síndrome de Burnout* en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud – Huánuco en el año 2012?

1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Trascendencia teórica:

Poniendo en consideración de los profesionales de salud, especialmente al profesional de enfermería que labora en las unidades críticas, los resultados alcanzados en esta investigación, estos podrán comprender como influye en su entorno bio-psico-social las condiciones de trabajo en las cuales están ejerciendo y de qué manera se ve afectado su desempeño asistencial bajo condiciones estresantes capaces de generar hostilidades, insatisfacciones y deterioro de la armonía laboral. Además, esto llevará a los profesionales a considerar aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la falta o deficiencia de estos elementos conlleva a una disminución de la productividad y calidad de los servicios.

Trascendencia técnica:

La salud del profesional de enfermería es indispensable para mantener el buen desempeño de sus acciones; por ello, llama poderosamente la atención la generalización de problemas de estrés

en estos profesionales. El Síndrome de Burnout conlleva un alto grado de desgaste físico y psicológico en todas sus sub-escalas de sintomatología, en especial la psicológica, lo que conlleva que la mayoría de los profesionales de enfermería sufran una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntoma de ansiedad, depresión y de desmotivación para el trabajo. Por ello, es importante para las instituciones que prestan servicios de salud el seguimiento de este problema ocupacional en sus centros de trabajo, de manera que se puedan controlar a tiempo inasistencias frecuentes, malos tratos a pacientes, bajo rendimiento laboral, etcétera.

Trascendencia académica:

El estudio de la incidencia y las consecuencias del estrés laboral o Síndrome de Burnout en el Hospital EsSalud I – Huánuco puede aportar una mirada nueva y original al estudio de las problemáticas ocupacionales de los centros de salud de nuestro país. En especial cuando no se cuentan con estudios sistemáticos, seguimientos o programas continuos de prevención y control del estrés notables en nuestras regiones. Los datos de éste estudio podrá servir como un antecedente para otro tipo de iniciativas que se quieran realizar en el futuro.

1.4. Antecedentes inmediatos

Para responder a requerimientos referenciales de estudio se presenta a continuación algunas investigaciones relacionadas al problema en estudio.

1.4.1 En el ámbito internacional:

En el 2002, en España, Prieto y Robles ¹⁰ realizaron el estudio "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)", en el cual determinaron que: "Un 50% presentaba

alteraciones psicofísicas en los tres meses previos; el 33% soporta mucha burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y sociolaboral se asocian con los niveles elevados de despersonalización y agotamiento emocional. La antigüedad, la conflictividad sociolaboral y familiar se asocian con altos niveles de desgaste emocional".

En el 2003, en España, Del Río y Perezagua en el informe "El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España)", llegaron a la siguiente conclusión: "Recogidos trescientos veinte cuestionarios, lo que supone más del 60% de los (as) enfermeros (as) que trabajan en el hospital, el 17,83% sufría Burnout, donde el intervalo de confianza del 95% corresponde a 14,2%-21,4%. Además se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los enfermeros/as, despersonalización en el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%" ¹¹.

En el 2003, en España, Martínez y Del Castillo en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)" ¹².

En el 2004, en España, Ibáñez y Vilaregut, en el estudio "Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista de Enfermería clínica" determinaron que: "El 71.4% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y estos se correlacionan con el cansancio emocional y la despersonalización. Las enfermeras que desean cambiar su horario de trabajo (42.9%) o de profesión (32.9%) puntuaron más alto en la sub escala de cansancio emocional. Por tanto, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer el Síndrome de Burnout, sería el de mujer casada con pocas

horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo"

13

En el 2005, en España, Varela y Fantao, en el informe "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)", arribaron a los siguientes resultados: "Se obtuvieron valores altos de cansancio emocional (54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%. No se han hallado diferencias en estos parámetros en función de la edad, el estado civil, sexo, tipo de contrato y el ámbito de ejercicio" ¹⁴.

En el 2006, en España, Ramos y Domínguez realizaron el trabajo de investigación "Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)", concluyeron que: "El 67.9% de profesionales médicos presentan Síndrome de Burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo. En el análisis multivariable la localización urbana del centro aparece relacionada con el Síndrome de Burnout y aglutina un cupo y una presión asistencial elevados" ¹⁵.

En el 2005, en México, Aranda, Pando y Torres en la investigación "Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México", llegó a los siguientes resultados: "La prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión "agotamiento emocional". Conclusiones: Aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Así mismo, se sugiere que quienes ya manifiestan signos y síntomas por este síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica y,

si el caso lo requiere, brindarle incapacidad, con la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador, así como la calidad de atención y de vida al derechohabiente" ¹⁶.

En el 2002, en Chile, Barría en el estudio "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile", determinó que: "El perfil del asistente social con presencia del Síndrome de Burnout tiene las siguientes características: son en su mayoría mujeres, pero con una presencia también significativa de hombres, de 26 a 35 años de edad, con pareja estable, casada(o), con hijos de 1 a 5 años, con menos de 9 años de ejercicio de la profesión y menos de tres años de permanencia en la institución. El Síndrome de Burnout aparece en el primer año de trabajo, lo cual podría explicar la rotación de profesionales y los cambios constantes de trabajo" ¹⁷.

En el 2003, en Chile, Román en la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y *Burnout*. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia del Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención" ⁷.

En el 2004, en Venezuela, Encomo, Paz y Liebster en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que: el Síndrome de agotamiento no está relacionado

con una "personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente" ¹⁸.

1.4.2 En el ámbito nacional:

En el 2003, Quiroz y Saco¹⁹ en la investigación "Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco", determinaron que: "Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81% de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. La prevalencia del Síndrome de Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras.

No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive" ¹⁹.

En el 2005, Gomero, Palomino, Ruiz y Llap en el estudio piloto "El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation", hallaron los siguientes resultados: "Se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). En la población estudiada se encontró un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además concluimos en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas" ²⁰.

1.4.3 En el ámbito regional:

En el ámbito regional no existen estudios prominentes acerca del Síndrome de Burnout, pero si referidos al estrés laboral. En 1998, Rejas y Acori en la tesis sobre "Factores que influyen en los niveles de estrés en enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho", llegaron a las siguientes conclusiones: "De 68 (100%) profesionales de Enfermería, 32.4% trabajan 12 horas diarias, de las cuales, 16.2% presentan estrés severo, 13.2% moderado y 2.9% leve. El 29.4% trabajan de 15 a 18 horas diarias, de ellas, 22.1% presentan estrés severo y 8.8% moderado. El 17.7% trabajan 24 horas diarias y presentan estrés severo; demostrándose que en esta institución existe sobrecarga laboral debido a la inadecuada dotación de personal, que termina por agotar física y mentalmente a los profesionales de enfermería" ⁸.

En el 2006, De La Cruz y Palomino, en la investigación "Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en

los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho", determinaron que: "el 100% (52) de profesionales de enfermería que labora en Centros y Puestos de salud del distrito de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno presenta estrés en sus diferentes intensidades: 61.54% moderado, 36.54% severo y 1.92% leve. El estrés severo disminuyó de 36.54% (antes de la aplicación de la terapia de relajación progresiva) a 9.62% (después de la aplicación de esta terapia). Siendo el valor p de la prueba estadística Chi cuadrado menor que 0.001, se establece que la terapia de relajación progresiva es efectiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de Enfermería" ²¹.

En el 2006, Peralta y Pozo en la tesis "Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presentan Síndrome de Burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional" ²².

En el 2006, López y Zegarra en la investigación "Factores asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen" llega a la siguiente conclusión: "El Síndrome de Burnout se encuentra en su mayoría en niveles bajos, observándose con menos predominio la dimensión de despersonalización (13.6%) con respecto al agotamiento emocional (31.5%). Esto indica una reducida asociación estadística ($p=0.005$) entre los factores profesionales (interacción conflictiva, ambigüedad de roles, etc.) y laborales (sobrecarga laboral, supervisiones, cumplimiento de metas) y el Síndrome de Burnout" ²³.

En el 2006, Dávalos Pérez en la investigación "Niveles de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias José

Casimiro Ulloa”, las conclusiones fueron que, “en un 60%, las enfermeras tienen un nivel medio de estrés laboral; en un 21%, de estrés bajo y en un 19% un nivel alto. De igual manera, la mayoría de enfermeras presentan un nivel de estrés laboral promedio en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización a diferencia de la dimensión realización personal que presenta un nivel de estrés laboral bajo” ²³.

En el 2007, Morales Lindo en la investigación hecha en la ciudad de Lima “Nivel de estrés laboral en enfermeras que laboran en áreas críticas del Hospital Nacional de Salud del Niño” teniendo como resultado que el 63.2% de enfermeras presenta un nivel de estrés laboral moderado; en cuanto a las dimensiones de la escala MBI, en la dimensión de agotamiento emocional están alrededor de 61.8%, en la mención de despersonalización un 51.3% y en la dimensión de realización personal un 65.8% ²³.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar el efecto de un programa educativo terapéutico en la prevención y control del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud Huánuco.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el Síndrome de Burnout que presentan los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud Huánuco (pre – test).
- Aplicar el programa educativo terapéutico en el grupo experimental para la prevención del Síndrome de Burnout.

- Evaluar el Síndrome Burnout del profesional de enfermería después de la aplicación del programa educativo terapéutico (post – test).
- Comparar la incidencia del Síndrome Burnout antes y después de ser aplicado el programa educativo terapéutico en la muestra estudiada.

CAPÍTULO II

REFERENCIA TEÓRICA O CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes históricos

La definición del Síndrome Burnout ha ido tomando forma a través del estudio de numerosos investigadores que han ayudado a la comprensión de esta enfermedad de origen psicológico:

Joseph McGrath (1970), en una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)" ²⁴.

Herbert Freudenberger (1974), describe el síndrome como "un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo" ¹.

Cristina Maslach (1976), una psicóloga social, estudió las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas y calificó a los afectados de "sobre carga emocional". Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo: Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo ²⁻³.

Cary Cherniss ²⁵ (1980), fue el primer psicólogo en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un

proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

Peter L. Brill (1984) ²⁶ , propuso una definición de Burnout menos conocida y más precisa: “Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas”. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.

Dalia Etzion (1984), dice que es “un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió” ²⁷ .

Maslach y Jackson (1986) ²⁸ definieron en síndrome como un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Pines y Aronson (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes" ²⁹. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo del Síndrome de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.

José María Peiró (1993) ³⁰, en su libro "Desencadenantes del estrés laboral", recoge la clasificación de las definiciones de estrés que hicieron Cox y Mackay.

Leiter (1992), distancia el Síndrome de Burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia" ³¹. Nagy y Nagy (1992) ³² señalan, por otra parte, que el concepto de Síndrome Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, señalando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo.

Moreno y Oliver (1993) retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el Síndrome de Burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él" ³³.

2.2. Aspectos conceptuales o doctrinarios

2.2.1 Síndrome de Burnout:

Aunque no existe una definición aceptada unánimemente sobre el Síndrome de Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y José María Peiró (1997) ³⁴ han afirmado que el Síndrome de Burnout puede estudiarse desde dos perspectivas: clínica y psicosocial.

La perspectiva clínica asume al Síndrome de Burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de factores personales y el entorno laboral.

Modelo clínico: desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974) ¹, empleó por vez primera el término “Burnout” para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque sostiene que el Síndrome de Burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

En esta misma línea, Fischer (1983) ³⁵ consideró el Síndrome de Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988: 9) ³⁶, lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Síndrome Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta (Manassero y col., 1994) ³⁷.

Modelo psicosocial: desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de *Síndrome de Burnout* elaborada por Maslach y Jackson (1986) ³⁰, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) ³⁰ argumentan que el Síndrome de Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características:

- a) **Agotamiento emocional:** Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una

combinación de ambos. Es la sensación de no poder más de sí mismo a los demás.

- b) **Despersonalización:** Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.
- c) **Falta de realización profesional y/o personal:** Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el absentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Si bien la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981) ³, entre los

que se encuentran Gil-Monte y José María Peiró (1997) ³⁴. De lo que no parece haber dudas es de que el Síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, diversos autores (Maslach y Pines 1977 ²; Cherniss 1980 ²⁵ y Maslach 1982 ³) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

- a) **Síntomas psicossomáticos:** destacan los dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- b) **Síntomas conductuales:** engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etcétera.
- c) **Manifestaciones emocionales:** el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.
- d) **Síntomas defensivos:** Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la

atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable (Álvarez y Fernández 1991) ⁴.

2.2.2 Programa Educativo-Terapéutico

Existe una especial resistencia de los médicos y enfermeras para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente, por lo que consultan tras un largo período de tiempo en que intentan un eficaz auto tratamiento. Además, por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento médico de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios (Vincent et al. 1969) ³⁸.

Respecto a la prevención y tratamiento de problemas de origen psicológico, el primer paso es su reconocimiento, en vez de la negación.

El tratamiento de los trastornos psicológicos de los profesionales sanitarios constituye un verdadero reto profesional para los psiquiatras y psicólogos, quienes experimentan algunos característicos sesgos cognitivos–afectivos con colegas, y les diagnostica y tratan de forma menos adecuada que al enfermo común. Ello ha llevado a crear una figura médica especial para ayudarles, que en Estados unidos se llama *confronter*, caracterizado por altas habilidades de comunicación interpersonal, empatía y firmeza suficiente como para encaminar al profesional hacia el tratamiento adecuado, proteger sus intereses profesionales y económicos, cuidar de la rehabilitación y reorientación laboral si los precisa y servir en todo momento de apoyo personal y social.

Vamos a exponer a continuación una síntesis de los métodos terapéuticos más eficaces que conocemos y que son aplicables a la enfermera estresada/desgastada. Podemos decir que son dos grandes grupos de técnicas terapéuticas:

a) Técnicas cognitivo-conductuales: se centran en el control de las respuestas frente al estrés que presenta los profesionales que laboran en una institución en el momento presente y que se manifiestan en el pensamiento, en las emociones y en las conductas observables. Dichas técnicas tratan de controlar los comportamientos (pensamiento, emoción y conducta) que resulta estresante.

b) Técnicas psicoterapéuticas: todas ellas parten de la supuesta existencia de conflictos psicológicos inconscientes que se pueden resolver a través de la interpretación de los mismos y de su elaboración e integración personal.

2.2.3. Prevención y Control del Síndrome de Burnout

Mingote y Pérez ⁹ señalan como desde que se describió el Síndrome de desgaste profesional ha existido un enorme interés en el desarrollo de intervenciones orientadas a su reducción y prevención. Sin embargo, es necesario reconocer que, en general, las diferentes ofertas preventivas no despiertan excesivos entusiasmos en la población en general ni entre los profesionales sanitarios, salvo cuando el problema de salud es alarmante y por consiguiente su eficacia es ya mínima.

Además, asumir la prevención no resulta fácil, porque la idea de prevenir reactiva la angustia por la enfermedad y la incapacidad propia, ansiedades difíciles de reconocer y de tolerar, aunque sean necesarias para aprender a cuidarse mejor. La tarea de prevención no se puede reducir a actuaciones puntuales y parciales de tipo voluntarista, motivadas en el miedo (Migote y Pérez 2003: 93) ⁹.

El trabajo de prevención y promoción debe ser un desarrollo planificado por cada persona, como protagonista creativo, orientado específicamente a reducir los factores de riesgo para la salud y a fomentar los de protección. En definitiva se trata de

mejorar la formación integral y continua de los profesionales, así como de la calidad de su vida personal (Migote y Pérez 2003: 94) ⁹.

La prevención y el control del estrés laboral no solo es un objetivo posible de alcanzar sino que es necesario hacerlo. Se han diseñado distintos programas de prevención de estrés en el trabajo, por varias razones tales como: mejorar los recursos personales de los trabajadores para hacer frente al estrés y reducir los costos de la incapacidad y del ausentismo a través de su participación activa, la educación para el autocuidado, y el aprendizaje de las estrategias de conductas más efectivas por parte de cada trabajador. Estos programas también llamados programas de asistencia a los empleados, son altamente rentables para los empresarios (Migote y Pérez 2003: 95) ⁹.

El estudio de la eficacia de los programas anti estrés debería comparar las medidas de estrés y de enfermedades relacionadas con el estrés padecidas por los trabajadores antes y después del programa (Migote y Pérez 2003: 96).

No existe una única técnica capaz de prevenirlo o tratarlo de forma efectiva. Por lo tanto, es obligado utilizar técnicas de intervención conjuntas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral. A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y la auto eficacia personal. Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas como son, por ejemplo, las expectativas irrealistas y las falsas esperanza. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc. Esto es, adoptar una adecuada estrategia preventiva supone una actuación multifocal (Migote y Pérez 2003: 97).

Existen procedimientos generales capaces de prevenir y controlar el estrés, como son la participación democrática y solidaria de los trabajadores en las tareas laborales, la mejora de los cauces de comunicación en el centro de trabajo y la potenciación de la formación continuada. Merece la pena hacer énfasis en este último punto porque el aprendizaje es la herramienta más útil para prevenir el estrés. *Prevenir es aprender*. Por lo tanto es fundamental establecer un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la enfermera para reducir su estrés, a través de recursos específicos de formación continuada, dirigidos tanto a mejorar los recursos instrumentales para realizar la actividad terapéutica, como a aumentar su competencia psicosocial (Mingote y Pérez 2003: 98).

2.2.4 Factores asociados al Síndrome de Burnout

a) Edad: aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada (Barría 2002) ¹⁷.

b) Sexo: sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol considerado específico para una mujer (Barría 2002) ¹⁷.

c) Estado civil: aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Barría 2002) ¹⁷.

d) Turnicidad laboral: el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor (Barría 2002) ¹⁷.

e) Tiempo de servicio: sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes (Barría 2002) ¹⁷.

f) Sobrecarga laboral: Es conocida la relación entre el Síndrome de Burnout y la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos

trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del Síndrome de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura (Barría 2002) ¹⁷.

2.3 Base Teórica o teoría en la que se sustenta

2.3.1 Modelos elaborados desde la teoría socio-cognitiva del yo

Esta teoría está desarrollada básicamente por los trabajos de Albert Bandura. Analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el comportamiento humano. Las ideas de Bandura que se recogen en este modelo explicativo del Síndrome de Burnout son:

Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.

El grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, el grado de dificultad para lograrlo y ciertas relaciones emocionales que acompañen a la acción.

2.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison (1983)³⁹

Para Harrison W.D, algunos factores principales son la competencia y la eficacia percibida y en base a ello elabora el modelo de la competencia social. Según este modelo, en un principio la motivación va a predeterminar la eficacia del sujeto en la

consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación mayor eficacia laboral. Según este modelo, en un principio la motivación va a predeterminar la eficacia del sujeto en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación mayor eficacia laboral. Si en el entorno hay factores de ayuda (como facilitación de la actividad del sujeto) la efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social. En cambio si el sujeto se encuentra con dificultades para lograr sus propósitos laborales, la percepción de eficacia baja y afecta negativamente en la esperanza de conseguirlos. Si se mantiene esta situación en el tiempo se origina el Síndrome de Burnout por el trabajo, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores de barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y motivación. El autor señala que este modelo es aplicable a los sujetos que han desarrollado expectativas muy elevadas en los objetivos laborales.

La profesora Ayala Pines (1983) ²⁹ ha desarrollado un modelo similar solo que incorpora la idea de que únicamente los sujetos que intentan darle un sentido existencial al trabajo llegarán a quemarse. Así el Síndrome de Burnout se desarrollará en sujetos muy motivados por su labor y altamente identificados con su trabajo cuando fracasen en la consecución de sus objetivos, se frustren sus expectativas y sientan que no es posible realizar una contribución significativa a la vida.

2.3.1.2 Modelo de Chermis (1993) ⁴⁰

Este modelo se basa en uno anterior del mismo autor para explicar las relaciones entre desempeño de tareas, sentimientos subjetivos de éxitos o fracaso experimentado por el sujeto después del desempeño laboral y las consecuencias que se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la participación en el trabajo.

La satisfacción y motivación laboral aumentan cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito. Estos sentimientos llevan a que el sujeto se integre más en el trabajo, alcance objetivos más retadores y tenga mayor autoestima. Si el sujeto experimenta sentimientos de fracaso, se retira emocionalmente de la situación, aumenta el desinterés, desprecia el valor intrínseco de las recompensas y termina abandonando.

Según Cary Chermis⁴⁰ es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de éxito personal y el Síndrome de Burnout. Para ello incorpora la noción de “autoeficacia percibida” de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan.

Para este autor se puede afirmar que existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso y motivación y entre aquellas y estrés. Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en situaciones de amenaza y como el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés, la relación entre autoeficacia y estrés sugiere además una relación con el síndrome.

2.3.1.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)⁴¹

Este modelo está basado en el modelo de autocontrol de Charles Carver y Michael Scheier (1988) para explicar el estrés. Partiendo de este modelo circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: nivel de autoconciencia, discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

- a) Nivel de autoconciencia: esta variable se conceptualiza como la capacidad para autorregular los niveles de estrés percibido

durante el desarrollo de una tarea. Los sujetos con alta autoconciencia tienen una tendencia a concentrarse en su experiencia de estrés percibiendo así mayores niveles de estrés que los de baja autoconciencia.

- b) Discrepancias percibidas: esta variable puede intensificar el nivel de autoconciencia afectando negativamente a su estado anímico que redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.
- c) Expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza: cuando se fracasa repetidamente en una tarea, los sujetos que puntúan alto en autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose de manera mental o conductual. Las conductas de despersonalización son consideradas un retiro conductual que pueden llegar a retiro psicológico. Aquí se encuadra el agotamiento emocional. Thompson y col. señalan que altos niveles de autoconciencia aumentan la desilusión, frustración o pérdida y que la predisposición de expectativas optimistas de éxito puede reforzar la confianza de los sujetos y así promover la persistencia para reducir la discrepancia.

2.3.2 Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social⁴²

Estas teorías parten de los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social) o de la teoría de la conservación de recursos y proponen que la etiología del Síndrome de Burnout son las percepciones de falta de equidad en las relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben y que no pueden resolver esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

2.3.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)⁴³

Bram P. Buunk y Wilmar B. Schaufeli diseñaron este modelo para explicar la etiología del Síndrome de Burnout para los profesionales de enfermería. El síndrome tiene una doble etiología:

Procesos de intercambio social con los pacientes: Se identifican 3 variables estresoras, la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que se da y lo que se recibe) y falta de control (posibilidad por parte del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborales). Para estos autores la enfermería es un trabajo que genera bastante incertidumbre y las expectativas de recompensa y equidad suelen resultar frecuentemente frustradas.

Procesos de afiliación y comparación social con los compañeros: Según estos autores los/as enfermeros/as en situaciones de estrés no buscan el apoyo social de sus compañeros por miedo a ser criticados, lo cual es contra productivo. Los autores destacan también que el proceso de afiliación social llevaría a situaciones de contagio del síndrome.

Buunk y Schaufeli indican que la relación entre las variables antecedentes y los sentimientos de sentirse “quemado” por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima. Por último consideran que el Síndrome de Burnout tiene un doble componente: emocional (integrado en los sentimientos de agotamiento emocional) y aptitudinal (integrado por los sentimientos de despersonalización y baja realización personal). La despersonalización es una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional caracterizada por actitudes negativas. Los sentimientos de baja realización personal se caracterizan por una

actitud negativa hacia sí mismo en relación con el trabajo entendido como una estrategia de afrontamiento del agotamiento emocional, pero asociada a bajos niveles de autoestima.

2.3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Stevan Hobfoll y John Fredy (1993)⁴⁴

Para estos autores el estrés surge cuando los sujetos perciben que lo que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los sujetos generando inseguridad sobre sus habilidades. Señala la importancia de las relaciones con los demás y sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. La pérdida de recursos se considera más importante que las ganancias para la aparición del Síndrome de Burnout aunque la ganancia reduce la posibilidad de pérdida. Las estrategias de afrontamiento influyen en el síndrome de quemarse. Como esta teoría es de corte motivacional emplear estrategias de carácter activo disminuirá los sentimientos de quemarse porque conlleva ganancia de recursos. Los autores señalan que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan desempeñar eficazmente el trabajo y cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos.

2.4. Definiciones operacionales

Síndrome de Burnout

Sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral como consecuencia del trabajo diario y contacto con pacientes y/o clientes (Gil-Monte 1991)

Programa educativo

Es una planificación ordenada de las distintas actividades orientadas hacia el aprendizaje de conocimientos.

Programa terapéutico

Es un plan orientado para determinar el tratamiento así como las formas de aplicación del mismo frente a las dolencias de salud.

Prevención y control

Es la preparación y disposición para evitar un riesgo y hacer frente a las necesidades y corregir al mismo tiempo desviaciones o incrementos del riesgo a evitar.

Efecto

Es aquello que se consigue como consecuencia de una acción.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método y nivel de investigación

3.1.1 Método Aplicado

- Según el análisis y alcance de los resultados es de tipo cuasi – experimental, porque se manipuló la variable independiente.
- Según el periodo y secuencia del estudio es de tipo longitudinal, porque se tuvo en cuenta las fases o sesiones del programa educativo terapéutico.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es de tipo prospectivo, porque el estudio se realizó desde un momento hacia el futuro.

3.1.2 Nivel

Experimental.

3.2 Sistema de hipótesis, variables y esquema de diseño.

3.2.1 Hipótesis

HIPOTESIS GENERAL

“Si el programa educativo terapéutico es efectivo, entonces, la prevención y control del Síndrome de Burnout será adecuada para los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud – Huánuco”.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

Ha = El programa educativo terapéutico es efectivo para la prevención y control del Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud - Huánuco.

Ho = El programa educativo terapéutico es inefectivo para la prevención y control del Síndrome Burnout en los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud - Huánuco.

3.2.2 Sistema de variables e indicadores

VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa Educativo Terapéutico.

VARIABLE DEPENDIENTE

Prevención y control del Síndrome Burnout.

VARIABLES INTERVINIENTES

Edad.

Sexo.

Servicio que labora.

Años de servicio.

3.2.3 Operacionalización de variables, dimensiones e indicadores (cuadro)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE	Programa Educativo Terapéutico	PROGRAMA EDUCATIVO TERAPEUTICO Es un plan esquematizado de actividades orientado al aprendizaje que conlleve a disminuir gradualmente una dolencia de salud. En este caso el Síndrome de Burn Out o estrés laboral profesional de enfermería.	PROGRAMA EDUCATIVO Es una planificación ordenada de las distintas actividades orientadas hacia el aprendizaje de conocimientos. PROGRAMA TERAPEUTICO Es un plan orientado para determinar el tratamiento así como las formas de aplicación de los mismos frente a las dolencias médicas.	Técnicas educativas cognitivas conductuales sobre el Síndrome de Burn Out. Técnicas psicoterapéuticas de control y prevención del Síndrome de Burn Out.	Conocimiento de los conceptos fundamentales del Síndrome de Burn Out. Conocimiento de casuísticas y estadísticas. Dominio de técnicas de relajación. Dominio de técnicas de afrontamiento de stress e incremento de habilidades sociales.	Cuantitativa	MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI). 0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 2=Una vez al mes o menos 3=Unas pocas veces al mes 4=Una vez a la semana. 5=Pocas veces a la semana. 6=Todos los días.
DEPENDIENTE	Prevención y control del del Síndrome de Burn Out	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE BURN OUT Es un programa de actividades dirigidas a la mejora del bienestar general y a la vez que incluye protección específico frente a la ansiedad del profesional de Enfermería	PREVENCIÓN Preparación y disposición para evitar un riesgo y hacer frente a las necesidades. CONTROL Comprobar, verificar e inspeccionar el bienestar de la persona.	ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL SÍNDROME CANSANCIO EMOCIONAL DESPERSONALIZACIÓN REALIZACIÓN PERSONAL (R. P.)	AFIRMACIONES DEL CUESTIONARIO MBI 1,2,3,6,8,13,14,16,20 (MBI) 5,10,11,15,22 (MBI) 4,7,9,12,17,18,19,21 (MBI)	Cualitativa	Cansancio emocional + Despersonalización + Realización personal = Total de afirmaciones MBI MBI entre 1 - 33 bajo MBI entre 34 - 66 medio MBI entre 67 - 99 alto
VARIABLES INTERVINIENTES	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento		Edad	Fecha de nacimiento	Cuantitativa	Nominal
	Género	Son las funciones, actividad, comportamiento que cada sociedad considera		Genero	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal Politécnica

3.2.4 Diseño de investigación

Para la investigación se utilizó el diseño de tipo cuasi-experimental, que se expresa en el siguiente esquema:

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

O_1 = Representa los datos de la variable independiente (Pre-Test)

X = Representa a la manipulación de la variable independiente (Programa educativo terapéutico).

O_2 = Representa a los datos de la variable dependiente (Pre-Test).

3.3. Técnicas e instrumentos

3.3.1 Técnica

Aplicación de una encuesta autoadministrada de tipo preguntas y afirmaciones con seis opciones de respuestas referentes al problema planteado sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo.

3.3.2 Instrumento

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados:

cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

En enero del 2002, la revista mexicana Salud pública Méx vol.44 no.1 de Cuernavaca publica el artículo original de Pedro R. Gil-Monte, PhD de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, España quien realizó un estudio titulado “Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey”; en el cual concluye que se puede afirmar que si bien esta adaptación del Maslach Burnout Inventory presenta debilidades, los resultados obtenidos apoyan la estructura trifactorial de la escala. Y señala que algunas de estas debilidades son propias del instrumento y no específicas de la adaptación al español. Por tanto, la adaptación al castellano del MBI reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de Burnout.

Sigue anunciando, que no obstante, hay que tener presente que los resultados pueden estar influidos por las particularidades de la muestra utilizada para la validación (v.g., está compuesta en su mayor parte por hombres), por ello deben ser replicados en futuros estudios mediante análisis factorial confirmatorio. Aun así estos resultados tienen una gran proyección aplicada, pues nos facilitan un instrumento que permitirá evaluar el síndrome en organizaciones que no son del sector servicios y en profesionales que no trabajan hacia personas. Esta evaluación ayudará a prevenir algunos de los principales riesgos psicosociales del trabajo y, consecuentemente, permitirá disminuir el absentismo en el trabajo y mejorará la calidad de vida laboral de los trabajadores.

A la luz de los resultados obtenidos el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano.

3.4. Cobertura de la investigación

3.4.1 Población

Lo conformaron todos los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital de EsSalud – Huánuco en el año 2012. Un total de 74 enfermeros(as).

3.4.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico por conveniencia, es decir, se reunió a los 20 profesionales que laboran en las unidades críticas.

a) Criterio de Inclusión:

- Profesionales de enfermería que accedieron al consentimiento informado.
- Profesionales de enfermería que laboran en unidades críticas: Unidad de vigilancia intensiva, servicio de emergencia y sala de operaciones.
- Profesionales de enfermería admitidos indistintamente del tiempo de servicio que tengan.

b) Criterios de Exclusión:

- Profesionales que no sean enfermeras.
- Profesionales que laboran en áreas no críticas como hospitalización, consultorios externos, programas preventivos, etcétera.
- Profesionales que se encuentran de licencia.

3.4.3 Delimitación geográfica-temporal y temática

- Delimitación geográfica: Hospital II EsSalud de Huánuco, ubicado en el distrito de Amarilis, provincia y región de Huánuco, Perú.
- Delimitación temporal: Desde el 02 de agosto hasta el 13 de setiembre del año 2012.
- Delimitación temática : longitudinal.

Primera fase: Aplicación del Pre-test, 02 de agosto del 2012.

Segunda fase: Desarrollo del Programa Educativo terapéutico, del 02 de agosto hasta el 06 de setiembre del 2012.

Tercera fase: Aplicación del Post-test, 13 de setiembre del 2012.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

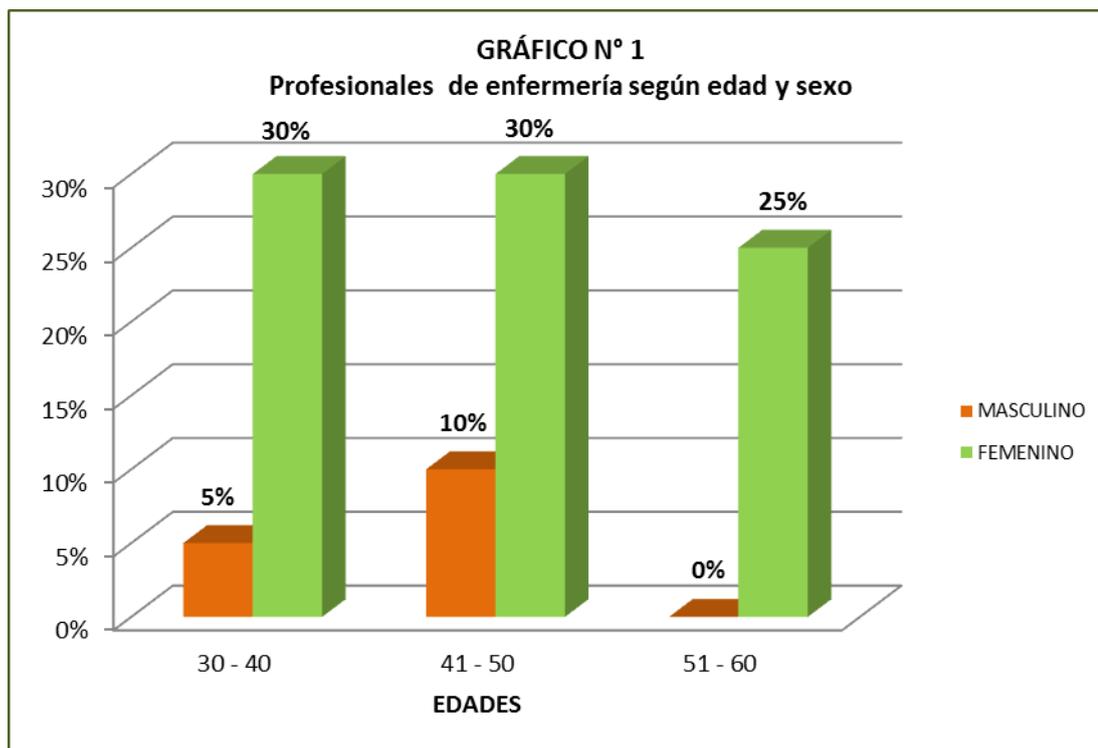
CUADRO N° 1

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO – HOSPITAL II ESSALUD – HUÁNUCO 2012

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
30 – 40	1	5	6	30	7	35
41 – 50	2	10	6	30	8	40
51 – 60	0	0	5	25	5	25
TOTAL	3	15	17	85	20	100

Fuente: Cuestionario

Un 40% (8) de los profesionales tienen entre 41-50 años; y un 35% (7) entre 30 – 40 años, así como 25% (5) entre 51 – 60 años de edad, 15% (3) de los profesionales son masculinos y 85% (17) son femenino.



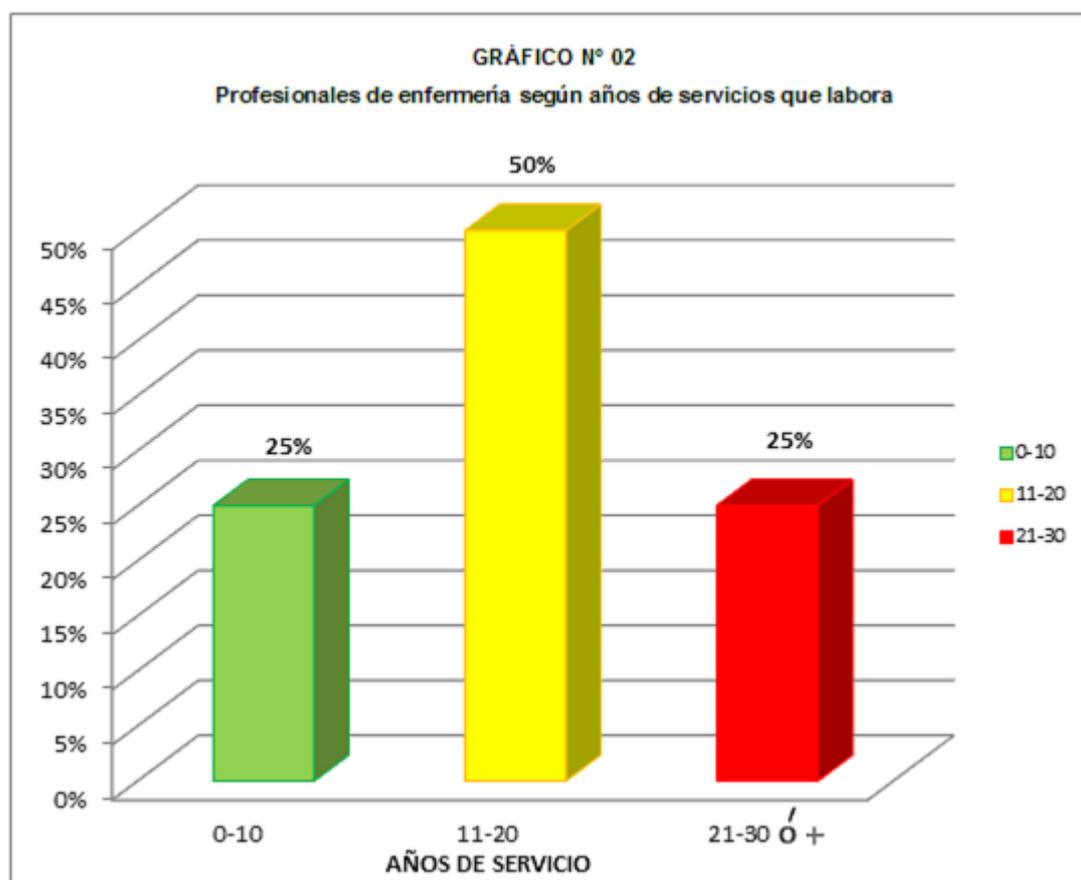
CUADRO N° 2

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESTUDIO SEGÚN AÑOS DE SERVICIO QUE LABORA – HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO - 2012

AÑOS DE SERVICIO QUE LABORAN	N°	%
0 – 10	5	25
11 – 20	10	50
21 – 30 ó +	5	25
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario

Un 50% (10) profesionales estudiados vienen laborando entre 11 – 20 años, y un 25% (5) entre 0 – 10 años, asimismo un 25% (5) entre 21 – 30 años.



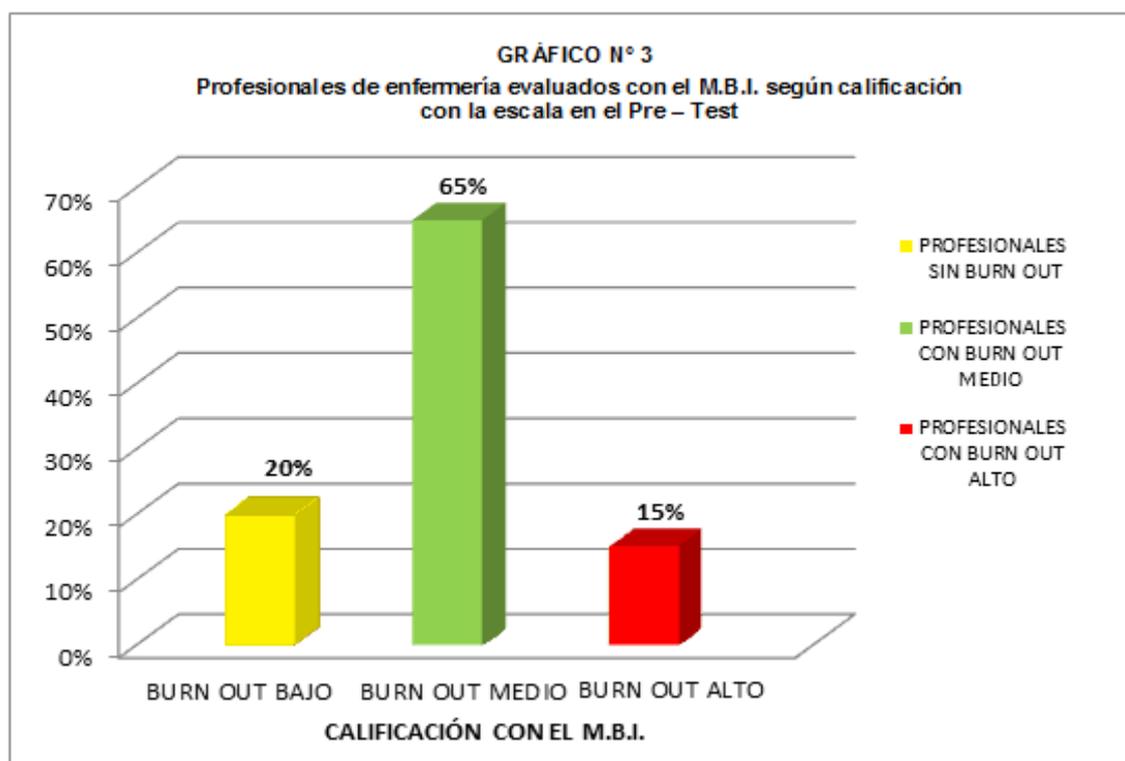
CUADRO N° 3

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EVALUADOS EN EL PRE TEST CON EL MBI, SEGÚN CALIFICACIÓN, BAJO, MEDIO Y ALTO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN – HOSPITAL II ESSALUD – HUÁNUCO - 2012

POBLACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON Y SIN BURNOUT	BURNOUT BAJO		BURNOUT MEDIO		BURNOUT ALTO		TOTALES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PROFESIONALES CON BURNOUT	-	-	13	65%	3	15%	16	80%
PROFESIONALES SIN BURNOUT	4	20%	-	-	-	-	4	20%
TOTALES	4	20%	13	65%	3	15%	20	100%

Fuente: Cuestionario

Un 80% (16) de profesionales de enfermería presentan Burnout, y un 20% (4) no presentan. De los cuales un 65% (13) profesionales presentan Burnout medio, el 20% (4) Burnout bajo y, el 15% (3) Burnout Alto resultados de la evaluación pre – test.



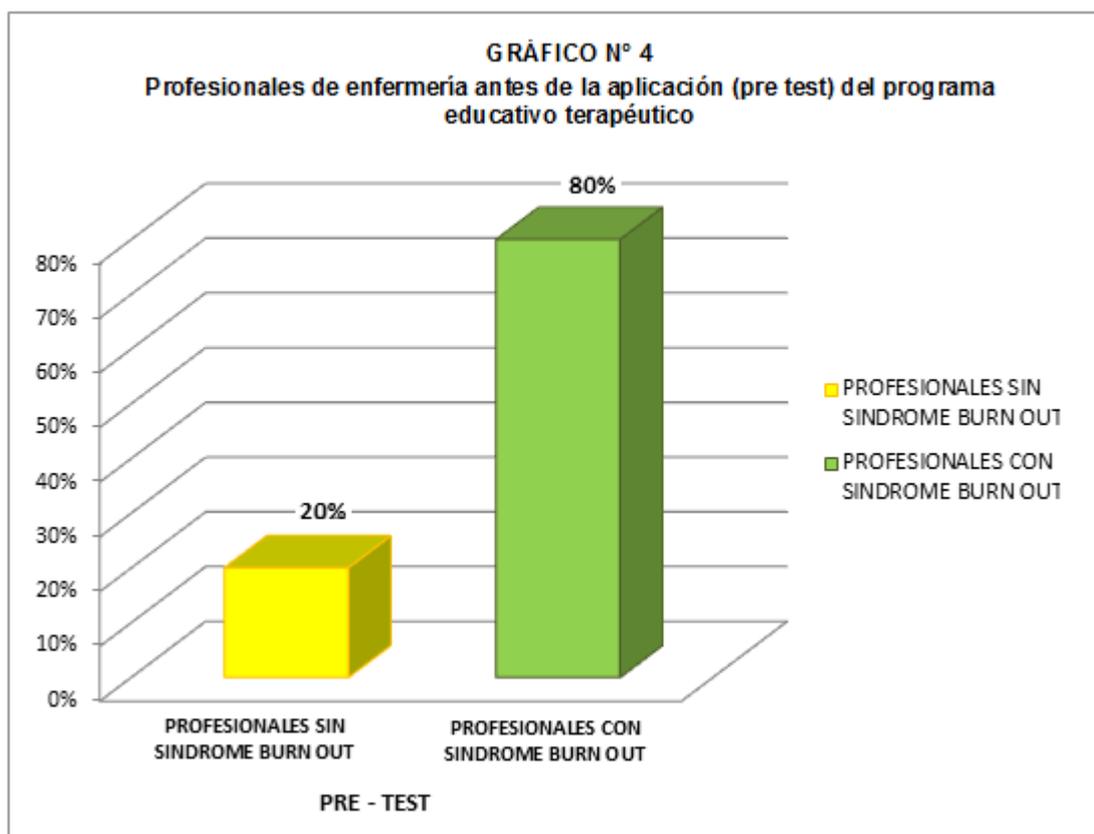
CUADRO N° 4

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURN OUT ANTES (PRE TEST) DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO TERAPÉUTICO – HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO - 2012

POBLACIÓN EN ESTUDIO PRE – TEST			N°	%
PROFESIONALES CON SÍNDROME BURNOUT	CON	SÍNDROME	16	80
PROFESIONALES SIN SÍNDROME BURNOUT	SIN	SÍNDROME	4	20
TOTAL			20	100%

Fuente: Cuestionario

Antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico de los 20 profesionales de enfermería estudiados el 80% (16) de ellos se encontraban con Síndrome de Burnout, y solo el 20% (4) no tenían el Síndrome de Burn Out.



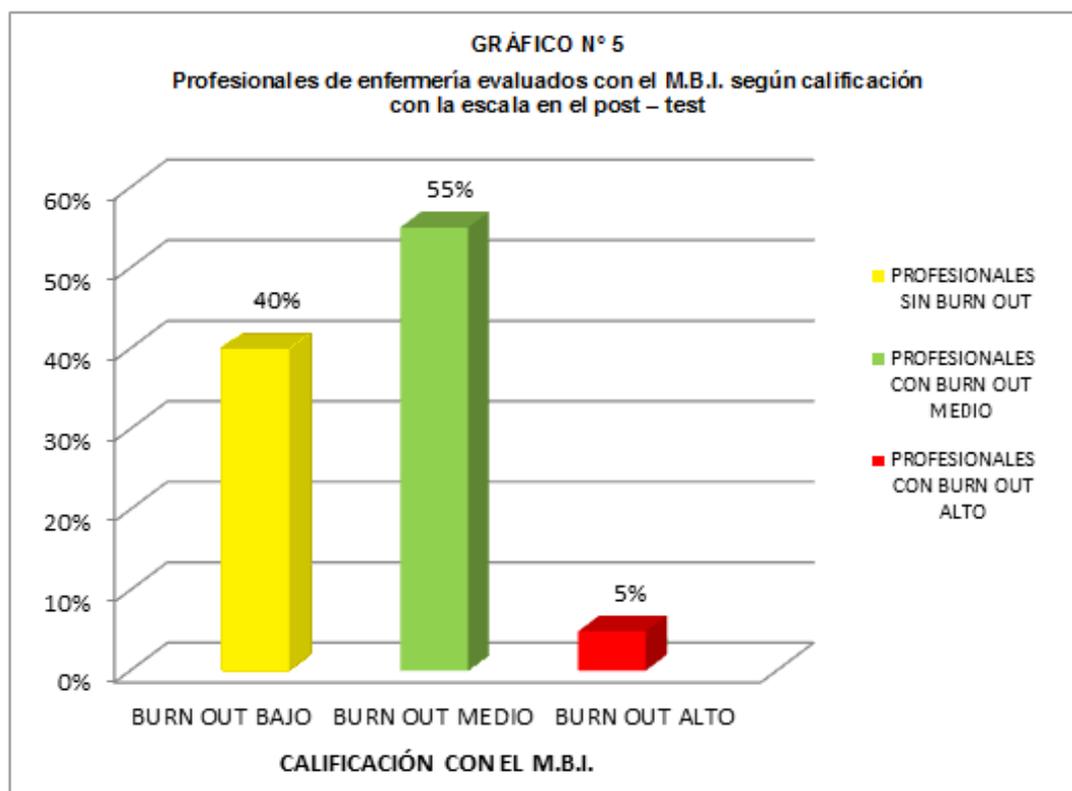
CUADRO N° 5

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EVALUADOS EN EL POST TEST CON EL MBI, SEGÚN CALIFICACIÓN, BAJO, MEDIO Y ALTO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN – HOSPITAL II ESSALUD – HUÁNUCO - 2012

POBLACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON Y SIN BURNOUT	BURN OUT BAJO		BURN OUT MEDIO		BURN OUT ALTO		TOTALES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PROFESIONALES CON BURN OUT	-	-	11	55%	1	5%	12	60%
PROFESIONALES SIN BURN OUT	8	40%	-	-	-	-	8	40%
TOTALES	8	40%	11	55%	1	5%	20	100%

Fuente: Cuestionario

Un 60 % (12) profesionales de enfermería presentaron Burn Out, un 40% (8) no presentamos. De los cuales, un 55% (11) profesionales de enfermería presentaron el Burn Out medio, el 40% (8) Burn Out bajo y, el 5% (1) Burn Out alto. Evaluados a través del post test.



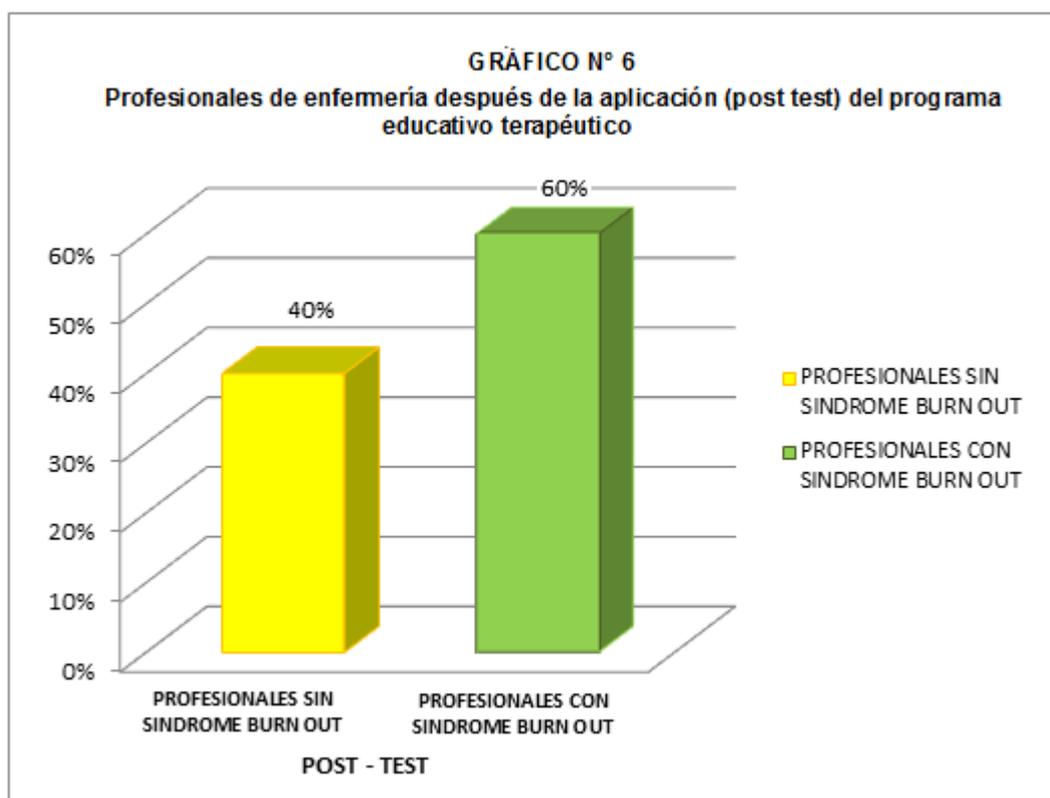
CUADRO N° 6

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN ESTUDIO DEL *SÍNDROME DE BURN OUT* DESPUÉS (POST TEST) DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO TERAPÉUTICO – HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO - 2012

POBLACIÓN EN ESTUDIO POST – TEST	N°	%
PROFESIONALES CON SÍNDROME BURN OUT	12	60
PROFESIONALES SIN SÍNDROME BURN OUT	8	40
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario

Posterior a la aplicación del Programa Educativo Terapéutico, de los 20 profesionales de enfermería estudiados el 60% (12) de ellos persistieron con el Síndrome de Burn Out, y el 40% (8) no tenían el Síndrome de Burn Out, es decir se duplicaron en porcentaje con respecto a la situación anterior dentro del pre test.



CUADRO N° 7

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS PARA EVALUAR EL EFECTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO TERAPÉUTICO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE BURN OUT

EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE $\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$

EVALUACIONES	CON SÍNDROME DE BURN OUT	SIN SÍNDROME DE BURN OUT	TOTAL
PRE TEST	16	4	20
POST TEST	12	8	20
TOTAL	28	12	40

La tabla corresponde al 2 x 2 (2 – 1 = 1) (2 – 1 = 1) = 1 grado de libertad al α 0.05 = 3.84 (Fo)

Para obtener la frecuencia esperada (Fe), se realizó los siguientes procedimientos:

$$\frac{20 \times 28}{40} = 14$$

$$\frac{20 \times 28}{40} = 14$$

$$\frac{20 \times 12}{40} = 6$$

$$\frac{20 \times 12}{40} = 6$$

Reemplazando la fórmula tenemos:

$$\chi^2 = \frac{(16 - 14)^2}{14} + \frac{(12 - 6)^2}{6} + \frac{(4 - 14)^2}{14} + \frac{(8 - 6)^2}{6}$$

$$\chi^2 = 0.28 + 6 + 7.1 + 0.67$$

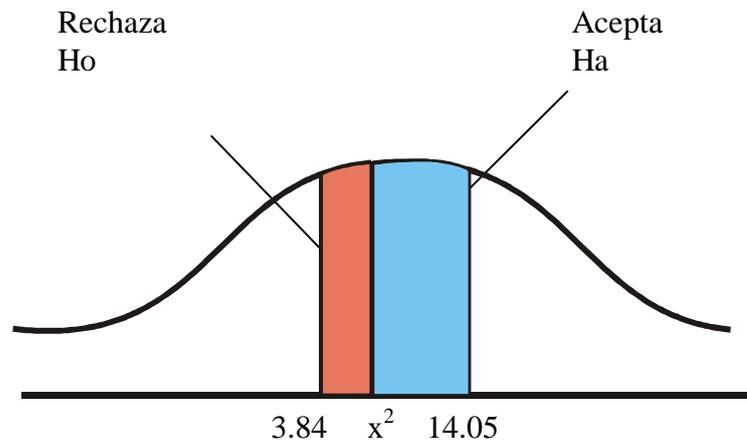
$$\chi^2 14.05 (Fe)$$

Por lo tanto: P: α 0.05 = 3.84 < 14.05 entonces se aceptó la Ha: “El programa educativo terapéutico es efectivo para la prevención y control del síndrome Burn Out en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II Essalud – Huánuco”.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Verificación o contrastación y prueba de hipótesis



$$P: \alpha 0.05 = 3.84 < 14.05 \rightarrow H_a$$

5.2 Nuevos planteamientos

En el presente trabajo de investigación, antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico se encontró que en la población de profesionales de enfermería que trabajan en áreas críticas que son materia de estudio, el 80% de ellos presentaban Síndrome de Burn Out, y solo un 20% de la población estudiada no presentaron dicho síndrome. Haciendo comparaciones con otros hallazgos, en el trabajo realizado por **Martínez y Del Castillo** en España, encontró una prevalencia muy alta de este síndrome en los profesionales médicos llegando a 76.4%. Igualmente en Burgos, España, **Ramos y Domínguez** en un estudio de prevalencia en médicos encontró el Síndrome de Burn Out en un 67.9% de ellos, de los cuales la tercera parte 21.6% fueron de grado máximo.

Por otro lado en el estudio de **Quiroz y Saco**, realizado en el Hospital EsSalud Sur Este del Cuzco, señala la prevalencia de este síndrome en 79.7% en médicos y 89% en enfermeras. Y por último, **Morales Lindo** en la investigación realizada entre las enfermeras que laboran en áreas críticas en el Hospital Nacional de Salud del Niño de Lima anuncia sus resultados; y concluye que el 63.2% de ellas presentan síndrome de Burn Out, con un nivel de estrés laboral moderado; y especificando que de acuerdo a las dimensiones de la escala del MBI, en la dimensión de agotamiento emocional están alrededor de 61.8%, en la mención de despersonalización un 51.3% y en la dimensión de realización personal un 65.8%.

El profesional de enfermería en general, y especialmente los que trabajan en áreas críticas en particular soporta todos los días estrés laboral causado por el ejercicio de su profesión. Por un lado, se hace necesario que estos profesionales sean capaces de conocer e identificar este síndrome y por otro, hay que dotarles de guías de autoayuda, para que a su vez manejen sus propios recursos para prevenir y contravenir los efectos indeseables de este estrés, específicamente este síndrome que es el que en este trabajo de investigación nos ocupa.

Esto implica adiestrarles en el reconocimiento del estrés y ofrecerles herramientas para el control del mismo, lo que les permitirá desarrollar mejores condiciones de adaptabilidad en el desempeño de su tarea profesional.

La Enfermería es una de las profesiones más estresantes, por lo que puede provocar diferentes alteraciones en la salud de sus profesionales. Esta puede verse alterada en diferentes dimensiones, desde ligeros trastornos físicos, psíquicos o de relación social, hasta generar una verdadera enfermedad.

En un segundo momento, en los resultados obtenidos un 60% (12) de profesionales de enfermería estudiados y evaluados después de la

aplicación del Programa Educativo Terapéutico, presentaron el Síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y un 40% (8) no presentaron este síndrome. Dando énfasis en la comparación con la evaluación pre y post test, vemos que un 80% de profesionales de enfermería antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico indicaron tener el Síndrome de Burnout y después de su aplicación hubo un cambio llegando solo al 60% de profesionales que indicaron tener dicho síndrome. También, y en relación al pre y post test se tiene como resultado que antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico, un 20% de profesionales de enfermería no tenían Síndrome de Burnout y después de la aplicación de este programa cambió mejorando este nivel, habiendo llegado a un 40% de profesionales de enfermería que ya no presentaban este síndrome; es decir, posterior a la aplicación del Programa Educativo Terapéutico, se incrementó al doble, del 20% al 40% de los profesionales de enfermería no tenían el Síndrome de Burnout.

El elemento o factor de los cambios producidos en la población de enfermería estudiada que laboran en las áreas críticas del Hospital de EsSalud de Huánuco se desprende a partir de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico cuyo efecto es propósito de comprobación de esta investigación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Un promedio del 40% de profesionales de enfermería estudiados presentaron edades entre 41 y 50 años de edad, los cuales un 30% pertenecen al sexo femenino, y un 50% vienen laborando de 11 a 20 años de servicio.
- Desde un punto de vista, el 80% de profesionales de enfermería estudiados presentaron el Síndrome de Burnout, y el otro 20% no presentaron el síndrome, antes de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico.
- Es indudable que después de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico, el 60% de profesionales de enfermería evaluados presentaron el Síndrome de Burnout, y 40% no lo presentaron; habiendo una recuperación de 20% de la población afectada como efecto de la aplicación del Programa Educativo Terapéutico.
- Según la comprobación de la hipótesis se obtuvieron que la $P: \alpha 0.05\% = 3.84 < 14.05$, por tanto, se aceptó la H_a que afirma “El programa educativo terapéutico es efectivo para la prevención y control del *Síndrome de Burnout* en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud – Huánuco”

6.2 Recomendaciones

Quedan como recomendaciones de este estudio las siguientes:

- Se plantea que las instituciones de salud deberían tomar mucho mayor interés en cuanto a los estudios de prevalencia e incidencia de las diversas formas de estrés laboral que se presentan principalmente en los profesionales que laboran en continuo contacto con los pacientes

especialmente en las áreas de cuidados críticos de los hospitales, con el afán de determinar los niveles porcentuales reales específicamente del síndrome de Burnout, con el objetivo final de controlarlo.

- Dentro del marco de esta investigación se recomienda tomar en consideración la confección de distintos programas de prevención como es el propuesto en este estudio que conlleva a una connotación educativos terapéuticos para ser desarrollados en instituciones prestadoras de salud con el objetivo de hacer tomar conciencia de este síndrome especialmente que afecta a los profesionales que están expuestos a la sobredemanda de atenciones en salud o que trabajan directamente comprometidos con situaciones humanas de salud que conllevan una alta carga de estrés laboral como es el caso de los servicios de cuidados críticos hospitalarios.
- Se sugiere la implementación por parte de la comunidad científica de diversos estudios de convalidación de la efectividad de programas que conlleven a la reducción y prevención de las diversas formas de estrés laboral y específicamente como el caso planteado del Síndrome de Burnout, cuyo propósito debería ser el reducir los costos del ausentismo por incapacidad temporal para el trabajo; educándolos a la vez para el autocuidado y el aprendizaje de estrategias de conductas más efectivas frente a los efectos del Síndrome de Burnout.
- Invocamos a la comunidad social y autoridades para que se tome en consideración el vínculo directo que existe entre la gran demanda de atenciones en salud y la degradación de la calidad de estos mismos inducidos muchas veces por el deterioro emocional de los profesionales que prestan estas atenciones y que de controlarse este deterioro como es el caso del Síndrome de Burnout beneficiaría enormemente los resultados de producción de las instituciones de salud, expresándose en los resultados de costo beneficio.
- Las autoridades de las instituciones públicas de salud deben proveer de recursos económicos, no solo para infraestructuras tecnológicas e instrumentales, sino, también para mejorar la competencia psicosocial

de los profesionales, dotar de los recursos humanos y materiales adecuados para controlar las conductas inadecuadas del rol profesional, como son la despersonalización de las relaciones con el usuario y una práctica desmotivada, con la consiguiente pérdida de calidad asistencial e insatisfacción de los impulsos en las relaciones de asistencia.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. U.S.A. Doubleday. 1974; 30: 159-166.
2. Maslach C, Pines A. The Burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*. San Francisco. 1977. Nº 06.
3. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Research Edition (2ª Ed.). Consulting Psychologist Press; Palo Alto, CA. 1981.
4. Álvarez E, Fernández L. El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional I: Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. España. 1991, volumen 11, número 39, pp. 65-257.
5. Mingote JC, Pérez S. Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador. Albacete España: Ed. Díaz de Santos; 2003.
6. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. 2008. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam pract*. 25(4):245-265.
7. Robalino M, Körner A (coords). 2005. Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay. Santiago: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
8. Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile). Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2003; 29(2). Cuba.
9. Rejas S, Acori I. Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho. [Tesis pre grado Facultad de Enfermería]. Ayacucho. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 1998.
10. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez L, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Revista de Atención Primaria*. España. 2002; 29 (5).

11. Del Rio O, Parezagua M, Vidal B. El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enferm. en Cardiolog. Artíc. Científ. España*; 2003, 1er. cuatrimestre 24 (28): 24-29.
12. Martínez de la Casa A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Revista de Atención Primaria. España*. 2003; 32(6):343-348.
13. Ibáñez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Revista de enfermería clínica. España*. 2004; 14(3):142-151.
14. Varela L, Fantao A. "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud". España. *Revista de Atención Primaria*. 2005; 35 (6).
15. Ramos A, Domínguez J. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. España. *Revista de atención primaria*. 2006; 38 (1).
16. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJM, Torres LTM, Aldrete RMG, Pérez RM. Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2005; 31(2). [En prensa].
17. Barría M. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *Psiquiatría.com* 2002; 6(4).
18. Encom J, Paz C, Liebster E. Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Invest. Clín. Venezuela*. Jun. 2004; vol. 45(2).
19. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. *Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana*. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco. 1999.

20. Gomero R, Palomino J, Ruiz F, Llap C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation. Revista Médica Herediana. Lima. 2005; 16 (4). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml#ixzz3Wehhibb1>
21. De La Cruz A, Palomino L. Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho. [Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2006.
22. Peralta K, Pozo S. Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta. Ayacucho. [Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga] Ayacucho Perú: 2006.
23. López C, Zegarra A, Cuba V. Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Rev. De Ciencias de la Salud, 2006,1(1).
24. McGrath JE, Beehr TA. Time and the stress process: Some temporal issues in the conceptualization and measurement of stress. Stress Medicine. 1990; 6: 93 -104.
25. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: 1980; Praeger.
26. Brill PL. The Need for an Operational Definition of Burnout. Family and Community Health: The Journal of Health Promotion and Maintenance. Feb 1984; Vol 6(4): 12-24.
27. Etzion D. The moderating effect of social support on the relationship of stress and burnout. Journal of Applied Psychology. 1984; Vol. 69 (4): p. 615
28. Maslach C, Jackson SE. Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologist Press. Palo Alto – California. 1986 [Inventario Burnout de

- Maslach: Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid. Versión española en TEA Ediciones Manual, 1997]
29. Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. Enc. Cherniss (Ed): Staff Burnout: Job stress in the human services. New York: The free Press; 1981
 30. Peiró JM. El síndrome de burnout. Madrid, Ed. Pirámide, 2005.
 31. Leiter MP. Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping*. 1992; 5(1): 79-93.
 32. Nagy S, Nagy MC. Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*. 1992; 7 (2): 523-531.
 33. Moreno B, Oliver C. El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Trabajo presentado en el "Congreso Iberoamericano de Psicología", Madrid. Jul 1992.
 34. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. 1ª edición. Madrid: Edit. Síntesis; 1997.
 35. Fischer H. A psychoanalytic view of burnout. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 40-45). New York: Pergamon; 1983. Pines A, Aronson E. *Career Burnout. Causes and Cures*. 2nd. Ed. (NY): The Free Press, San Francisco; 1998.
 36. Pines A, Aronson E. *Career Burnout. Causes and Cures*. 2nd Ed. (NY): Free Press. San Francisco; 1998. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml#ixzz3WegD6eAa>
 37. Manassero M, Vázquez A, Ferrer M, Fornés J y Fernández M. Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Memoria final de investigación. Madrid. 1994.
 38. Vicent MO, Robinson EA, Latt L. *Canad. Med. Ass. J.* 1969, 100, 403.
 39. Harrison WD. A social competence model of burnout. En Farber, B.A. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39) New York: Pergamon Press; 1983.

40. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En Schaufeli W. B., Maslach C. y Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor y Francis; 1993. pp. 135-149.
41. Thompson MS, Page SL y Cooper CL. A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. Stress Medicine. 1993; 9: 221-235.
42. Schaufeli WB. Teacher burnout: A social exchange approach. Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2005; 21, N° 1-2: 15-35. ISSN: 1576-5962. Artículo traducido por Susana Llorens Gumbau. Área de Psicología Social. Universidad Jaime I. Castellón. Email: llorgum@psi.uji.es
43. Schaufeli WB, Maslach C y Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis, 1993.
44. Hobfoll SE y Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli WB, Maslach C y Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis, 1993. Pp 115-129.

A N N E X O S

Fecha:

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Efecto de un programa educativo terapéutico en la Prevención y Control del Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería que laboran en las Unidades Críticas del Hospital II EsSalud - Huánuco 2013.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES Sr(a) (ta). Profesional de Enfermería reciba Ud. un cordial saludo y a continuación proceda a contestar el siguiente cuestionario escribiendo sobre las líneas punteadas y colocando un aspa (x) en los espacios en blanco entre paréntesis (). Insistimos en la veracidad de sus repuestas, las cuales me permitirá estructurar conclusiones en relación al estudio.

I. DATOS GENERALES:

- Edad: Sexo:
- Profesión: Especialidad:
- Servicio que labora:
 - Emergencia ()
 - Unidad de Vigilancia Intensiva ()
 - Centro Quirúrgico ()
- Años de Servicio:
- Horas que labora a la semana:

II. DATOS ESPECÍFICOS:

Cuestionario sobre la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Rodear con un círculo la respuesta que crea oportuna

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al años o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuese objetos impersonales.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

7. Siento que trato con mucha afectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

10. Siento que me he hecho más duro con la gente.

¿Con qué frecuencia siento esto?

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

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

13. Me siento frustrado por mi trabajo

¿Con que frecuencia siento esto?

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

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

¿Con que frecuencia siento esto?

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

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo

¿Con que frecuencia siento esto?

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

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender

¿Con que frecuencia siento esto?

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

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

¿Con que frecuencia siento esto?

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

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades

¿Con que frecuencia siento esto?

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

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

¿Con que frecuencia siento esto?

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

22. Me parece que los beneficiados de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas

¿Con que frecuencia siento esto?

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

GLOSARIO DE MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Efecto de un programa educativo terapéutico en la prevención y control del Síndrome de Burn Out en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II EsSalud – Huánuco 2013.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACIÓN	UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y DE ANÁLISIS	MÉTODOS Y TÉCNICAS
¿Cuál es el efecto del programa educativo terapéutico en la prevención y control del Síndrome Burn Out en los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del hospital EsSalud II Huánuco 2013?	<p>O. GENERAL</p> <p>Determinar el efecto de un programa educativo terapéutico en la prevención y control del Síndrome Burn Out en los profesionales de Enfermería que laboran en las Unidades Críticas del Hospital II EsSalud Huánuco – 2013.</p> <p>O. ESPECIFICO</p> <p>Evaluar el Burn Out que presentan los profesionales</p>	<p>Ha. El programa educativo terapéutico es efectivo para la prevención y control del Síndrome Burnout en los profesionales de Enfermería que laboran en las Unidades Críticas del Hospital II EsSalud – Huánuco.</p> <p>Ho. El programa terapéutico es inefectivo para la prevención y control del Síndrome Burn Out en los profesionales de Enfermería que</p>	<p>V. INDEPENDIENTE Programa educativo terapéutico</p> <p>V. DEPENDIENTE Prevención y control del Síndrome de Burn Out</p> <p>V. INTERVINIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 30 – 60 • Sexo: F y M • Servicio que labora <ul style="list-style-type: none"> - Emergencia - UVI - Centro Quirúrgico • Años de servicios de 0 	<p>Conocimiento de los conceptos fundamentales del síndrome de Burn Out.</p> <p>Conocimiento de casuísticas y estadísticas.</p> <p>Dominio de técnicas de relajación</p> <p>Dominios de técnicas de afrontamiento de estrés e incremento de habilidades sociales.</p> <p>AFIRMACIONES</p>	<p>PRIMARIA</p> <p>Escala de Maslach Burn Out Inventori (MBI)</p> <p>SECUNDARIA</p> <p>Materiales educativos Bibliografías Internet Medios de comunicación, charlas, etc.</p>	<p>CASOS PERTINENTES</p> <p>Enfermeras de los servicios de las Unidades Críticas del Hospital EsSalud de Huánuco.</p>	<p>MÉTODOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuasi experimental - Longitudinal - Prospectivo <p>TECNICAS Aplicación de una encuesta</p> <p>INSTRUMENT O</p> <p>Cuestionario denominado Maslach Burn Out Inventori (MBI)</p>

	<p>de Enfermería que laboran en las Unidades Críticas del Hospital II EsSalud Huánuco. (PRE TEST)</p> <p>Aplicar el programa educativo terapéutico en el grupo experimental para la prevención del Síndrome de Burn Out.</p> <p>Evaluar el Síndrome de Burn Out del profesional de enfermería después de la aplicación del programa educativo terapéutico - 2013 (POST TEST).</p> <p>Comparar la incidencia del Síndrome Burn Out antes y</p>	<p>laboran en las Unidades Críticas del Hospital EsSalud Huánuco – 2013.</p>	<p>años – 30 años ó +</p>	<p>y 20</p> <p>Escala de Maslach Burn Out Inventori (MBI)</p> <p>AFIRMACIONES</p> <p>5,10,11,15,22</p> <p>Escala de Maslach Burnout Inventori (MBI)</p> <p>AFIRMACIONES</p> <p>4,7,9,12,17,18,19 y 21</p> <p>Escala de Maslach Burnout Inventori (MBI)</p>			
--	---	--	---------------------------	--	--	--	--

	después de ser aplicado el programa educativo terapéutico, en la muestra estudiada.						
--	---	--	--	--	--	--	--

Programa Educativo Terapéutico sobre el Síndrome de Burnout

Primera Semana

16:00 h. Información y presentación del instrumento que se utilizará en el estudio. Maslach Burn Out Inventory (MBI).

16:30 h. Aplicación del Pre Test.

17:00 h. Información sobre el concepto del síndrome de Burnout. Breve recuento histórico. Definiciones del síndrome de desgaste profesional. Información sobre los objetivos del estudio a investigar.

Segunda semana

16:00 h. Presentación de la casuística epidemiológica del Síndrome de Burnout.

16:30 h. Las causas del burnout. Etiología.

17:00 h. Patogenia. Sintomatología. Efectos del *Síndrome de Burnout* sobre el rendimiento laboral. Los efectos del Burnout sobre la salud.

Tercera semana

16:00 h. Estrategias de afrontamiento del burnout. Recomendaciones institucionales y medidas preventivas. La integración de grupo como factor terapéutico.

16:30 h. Factores que incrementan la competencia profesional y habilidades sociales.

17:00 h. **Taller I:** Entrenamiento control de activación y técnicas de relajación para el Síndrome de Burnout.

Cuarta Semana

16:00 h. **Taller II:** Dinámica de integración exposición, lluvia de ideas, plenario.

17:00 h. **Taller III:** Técnicas cognitivo conductuales de afrontamiento de estrés.

Quinta semana

16:00 h. **Taller IV:** Técnicas humanistas para incremento de habilidades sociales

17:00 h. **Taller V:** Diseño de proyectos de actividades gratificantes