

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**SÍNDROME DE BURNOUT RELACIONADO A LAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES DE SEPTIMO
CICLO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA DE
ICA – 2016**

**Tesis para optar el título profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORES:

-) APARCANA MENDOZA, LEYDY NOEMI
-) DE LA CRUZ ESPINO, JENNIFER DEL ROSARIO
-) DORREGARAY RAYMUNDO, DIANA ROXANA

ASESORA

Mg. LILIA ESTHER LOZA MUNARRIZ.

**ICA – PERÚ
2017**

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que nos asalte un muy humano egocentrismo que nos lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que hemos hecho. Sin embargo, el análisis objetivo muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que nos han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término.

A Dios por habernos guiado por el camino de la felicidad hasta ahora.

A nuestros padres; por siempre habernos dado su fuerza y apoyo incondicional que nos han ayudado y llevado hasta donde estamos ahora; así mismo queremos agradecer.

Agradecer a la Universidad San Luis Gonzaga por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar la carrera, así como también a los diferentes docentes que hemos conocido en el transcurso de nuestra carrera profesional, ya que ellos nos brindaron sus conocimientos, nos enseñaron a valorar los estudios y nos apoyaron para seguir adelante día a día.

Agradecemos a nuestra Asesora de Tesis la Mg. Lilia Loza Munarriz por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

Nuestro agradecimiento también va dirigido a la decana de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica por haber aceptado que realizáramos nuestra Tesis en la facultad; así mismo agradecemos a las estudiantes de séptimo ciclo de la facultad de enfermería de dicha institución, quienes con su valiosa colaboración contribuyeron con esta investigación.

DEDICATORIA

Bachiller en Enfermería: Aparcana Mendoza, Leydy Noemi

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, por acompañarme en cada una de las cosas que he emprendido y ser siempre mis más fervientes hinchas.

A mis padres, por todo lo que me han dado en esta vida, especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles

Bachiller en Enfermería: De la Cruz Espino, Jennifer del Rosario

Dedico el presente trabajo de tesis a Dios, a mis padres y a mi hija.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

A mi hija, por ser el motor y motivo para lograr cada cosa que me proponga; para ella siempre sera cada logro.

Bachiller en Enfermería: Dorregaray Raymundo, Diana Roxana

La concepción de este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mi hermana y familia en general.

ÍNDICE

| | pag |
|---|------------|
| CARATULA..... | i |
| AGRADECIMIENTO..... | ii |
| DEDICATORIA..... | iii |
| INDICE | iv |
| RESUMEN..... | vi |
| INTRODUCCIÓN..... | viii |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA..... | 12 |
| 1.1.-Planteamiento o descripción del problema..... | 12 |
| 1.2.- Formulación del problema..... | 13 |
| 1.3.- Justificación..... | 14 |
| 1.4.- Objetivos: Objetivos generales y objetivos específicos..... | 14 |
| CAPITULO II: MARCO TEORICO..... | 15 |
| 2.1. Antecedentes del Estudio: Internacional, Nacional y local | 15 |
| 2.2. Base Teórico-Científico. | 19 |
| 2.3. Hipótesis de la Investigación..... | 44 |
| 2.4. Variables. | 44 |
| 2.5. Marco Conceptual..... | 45 |
| CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO..... | 46 |
| 3.1. Tipo y Diseño de la Investigación. | 46 |
| 3.2. Área o Sede de Estudio..... | 46 |
| 3.3. Población Y Muestra, Criterios de Inclusión y Exclusión. | 46 |
| 3.4. Técnicas E Instrumento de Recolección de Datos. | 47 |
| 3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento. | 49 |
| 3.6. Proceso de Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos. | 49 |
| 3.7. Aspectos Éticos, Consentimiento Informado. | 50 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION DE LOS DATOS. | 51 |
| 4.1. Resultados y Análisis de los Datos..... | 51 |

| | |
|--|----|
| 4.2. Discusión de Resultados. | 61 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y | |
| LIMITACIONES: | 66 |
| 5.1. Conclusiones. | 66 |
| 5.2. Recomendaciones. | 67 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICA. | 68 |
| ANEXOS: | 70 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: Síndrome de Burnout relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de Séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016”

Objetivo: Determinar el Síndrome de burnout y su relación a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016. **Método:** la presente tesis fue Descriptivo de Corte Transversal y correlacional. **Muestra e Instrumento:** la muestra fue de 49 alumnos, el instrumento aplicado fue una encuesta de Síndrome de Burnout “el inventario de Malash Instrument Standarizado y validado internacionalmente. Y la encuesta para medir las prácticas fue validada por jueces de expertos, y la confiabilidad fue por medio de Alfa de Cronbach. **Resultados** En cuanto a la edad el que más prevalece son los de 21 años con un 42.86% seguido de los 20 años con un 30.61%, estado civil el 95.92% son solteras, condición laboral solo el 24.49% trabaja, condición académica el 100% son regulares. En cuanto al síndrome de Burnout en nivel alto y un 47% está en el nivel medio. En relación a los resultados según dimensiones se tuvo; Dimensión Cansancio Emocional nivel alto fue del 81.63%, bajo el 2.04%, medio 16.33%. Dimensión Despersonalización el nivel alto fue del 97.96% medio 2.04%, bajo 0%, Dimensión Realización Personal nivel alto fue del 100%. **Se concluyó** mediante el método estadístico la comprobación de hipótesis, confirmando la hipótesis planteada el Síndrome de burnout está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, prácticas clínicas, alumnos.

ABSTRACT

The present research work entitled: Burnout Syndrome related to clinical practices in seventh cycle students of the Faculty of nursing of the University Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016 **Objective:** To determine the syndrome of burnout and its relationship to clinical practices in seventh cycle students of the Faculty of nursing of the University Nacional San Luis Gonzaga de Ica - 2016. **Method:** this thesis was cross-sectional descriptive and correlational. **Displays and instrument:** sample of 49 students, the instrument applied was a survey of Burnout Syndrome "Malash inventory instrument standarizado and internationally validated." And the survey to measure practices it was validated by expert judges, and reliability was using Cronbach's alpha.**Results:** in terms of the age that it prevails are the age of 21 with a 42.86% followed by 20 years with a 30.61%, marital status the 95.92% are single, working condition just the 24.49% works, academic condition 100% are regular. In terms of Burnout Syndrome in high level and 47% is on the level medium. In relation to the results according to dimensions had; Dimension exhaustion emotional high level was the 81.63%, under the 2.04%, average 16.33%. Dimension high depersonalization was the 97,96 average % 2.04%, below 0%, carrying out high level Personal Dimension was 100%.**It was concluded:** by the statistical method of testing hypotheses, confirming the hypothesis burnout syndrome is related to clinical practices in students of seventh cycle.

Keywords: Burnout syndrome, clinical practices, students.

INTRODUCCION

En la actualidad, nos encontramos inmersos en un medio cambiante debido al rápido avance de la tecnología, el cual repercute en el ámbito social, económico y político. Este ambiente trae consigo un alto nivel de competitividad, lo que exige al trabajador un mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa y adaptación a nuevas situaciones; el cual a su vez genera con frecuencia desequilibrios en la persona, como por ejemplo estrés laboral, el cual es considerado actualmente como uno de los problemas de salud más peligrosos que afecta a los trabajadores de diferentes áreas, ya que genera consecuencias negativas en la salud física y mental.

Recientemente en estudios realizados al personal en sector de salud ; se ha reconocido el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario, tiene varias fuentes de estrés y que las enfermeras al estar expuestas de manera constante, pueden tener repercusiones en su salud física y mental; sin embargo esto depende de diversos factores que median la relación causa efecto. Esta realidad hace que el hombre tenga que estar sometido constantemente a situaciones que le generen estrés, y provoca en él ciertos desórdenes y/o alteraciones en su salud física y emocional, llevándolo finalmente al Síndrome de Burnout o “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, el cual viene a ser una respuesta al estrés laboral crónico.

Los efectos del estrés laboral prolongado se han descrito como Síndrome de Burnout y se presenta en las personas cuyas ocupaciones se caracterizan por interacciones personales frecuentes: Enfermeros, técnicos, auxiliares y estudiantes de enfermería que hacen parte de una profesión caracterizada por tener, en su esencia, el cuidado y gran parte de la carga de trabajo es el contacto directo con pacientes y familiares. Hecho que justifica la elección de esa clase profesional para la realización de la presente investigación, visto que es tenida como profesión de riesgo para el desarrollo del síndrome.

La actividad laboral hospitalaria es caracterizada por excesiva carga de trabajo, contacto con situaciones limitantes, alto nivel de tensión y de riesgos para sí y

para otros. Las jornadas de prácticas de los estudiantes de enfermería son en su mayoría agotantes, debido al volumen de usuarios y la reposición de energía de los alumnos que a veces no es la adecuada e insuficiente. Los alumnos además, aun se dedican a más de un empleo, visto que los salarios son bajos en el sector y el ritmo de trabajo sobre todo en la emergencia. Ante esto, se destaca la relevancia frente a la importancia en investigar los aspectos laborales asociados a la salud del alumnado de enfermería en la red hospitalaria, visto que el ambiente es fuente constante de estresores que pueden comprometer la asistencia prestada.

Durante las prácticas pre-profesionales se ha podido observar con frecuencia que los profesionales de Enfermería del área asistencial, se muestran indiferentes e irritables, recibiendo permanentemente quejas derivados del maltrato o no ser escuchados.

Muchos autores refieren que este síndrome es padecido frecuentemente por las personas que se encuentran en íntimo contacto con otros seres humanos, entre los cuales se encuentran los profesionales de ayuda como los médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. Los profesionales de Enfermería, debido a las características de su trabajo, enfrentan situaciones que les pueden generar inestabilidad emocional o estrés, lo cual podría afectar su desempeño laboral.

Por tal razón, es importante prevenir y tratar a tiempo dicho síndrome, ya que Enfermería es considerada la profesión con mayor índice de Burnout, según Gil Monte, puesto que se encuentra en íntimo contacto con otras personas y mantiene relaciones interpersonales con ellas.

Freudenberger define el Síndrome de Bournout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que es el resultado de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Por su parte Maslach y Jackson hicieron referencia al Burnout como un síndrome que aparece en los individuos en tres diferentes factores específicos. Como

primer factor, el agotamiento emocional que se caracteriza con una disminución o pérdida significativa de recursos emocionales. La despersonalización como segundo factor, refiriéndose a las actitudes negativas de insensibilidad y cinismo dirigido a los receptores del servicio brindado. Y por último la baja realización personal en la cual el individuo evalúa su trabajo negativamente, presentando baja autoestima e insatisfacción profesional.

El presente estudio titulado: “El síndrome de burnout y su relación a las practicas clínicas de estudiantes del séptimo ciclo de la facultad de enfermería de la universidad san luis Gonzaga de ica -2016”, tiene como objetivo general : Determinar el Síndrome de burnout y su relación a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016 e Identificar el nivel de Síndrome de Burnout , con el propósito de generar información que contribuya a valorar la salud mental del prestador de salud (profesional de Enfermería), en el marco de las políticas de recursos humanos en el país, así como contar con información que sirva de base para posteriores estudios acerca del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería.

Teniendo así por Objetivo General; Determinar el Síndrome de burnout y su relación a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016

Objetivos Específicos: Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes que realizan sus prácticas, según tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El estudio consta de Capitulo I: El problema, en el cual se considera el Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósito, Antecedentes, Base Teórica y Definición Operacional de Términos; Capitulo II: Material y Método, en el cual se expone el Tipo, Nivel y Método, Descripción de la Sede, Población y/o Muestra, Técnicas e Instrumentos, Plan de Recolección de Datos, Plan de Procesamiento,

Presentación, Análisis e Interpretación de Datos, y Consideraciones Éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión, los cuales se realizaron con la ayuda de la Base Teórica. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones; y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, la Bibliografía y los Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente los profesionales y estudiantes de la salud se ven inmersos en una alta exigencia al enfrentarse con el sufrimiento humano, la interacción con la queja constante y la responsabilidad del bienestar físico, mental y emocional de sus pacientes.

Como experiencia propia nosotras decidimos realizar esta investigación, porque al cursar el Séptimo Ciclo nos sentíamos sobrecargadas ya que llevábamos cursos de carreras importantes como son : Emergencias y Desastres, Neonatología y Materno Infantil. Son cursos en las cuales se necesita mucho más dedicación y tiempo para cada vez más ir adquiriendo los conocimientos necesarios. Tanto en lo teórico como en las prácticas clínicas en los diferentes hospitales de nuestra localidad.

Al realizar las Prácticas clínicas, al inicio, sentíamos temor al ingresar a un nuevo servicio, y realizar alguna acción que no sea apropiada, pero ya al transcurrir el tiempo nos íbamos adaptando en las diferentes especialidades. Al finalizar las horas de prácticas terminábamos agotadas, pero aún seguía nuestra labor como estudiantes del área curricular en la que sentíamos gran presión en prevalecer en nuestras notas académicas. Al sentirnos sobrecargados cambiábamos cada día en lo que refiere nuestra actitud, ya se había perdido el valor del cuidado humanizado para con nuestros pacientes, teniendo como consecuencia: sentimiento de frustración al no haber quedado satisfechas por nuestros procedimientos, con cansancio

emocional, despersonalización la insatisfacción profesional, estrés, malestar personal y familiar, agotamiento físico y emocional, poca realización personal y laboral.

A nivel Internacional en el Reino Unido sobre un total de 564 estudiantes de enfermería en el que utilizaron el Inventario de Maslach y Jackson, demostró que el 46% de los mismos presentaban altos niveles de cansancio emocional, el 42% presentó síntomas de despersonalización y el 34% síntomas de sensación de falta de realización personal. En Canadá fueron encuestados un total de 1.152 estudiantes, el 48,7% de los encuestados se encontraban en fase avanzada del síndrome de Burnout, la prevalencia general en Canadá oscila entre el 38-42%.

Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El salvador presentaron prevalencias entre 2.5% y 5.9%. Por profesionales de Medicina tuvo una prevalencia del 12.1%, Enfermería del 7.2% y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%).

A nivel Nacional en el Hospital de Trujillo la prevalencia del Síndrome de Burnout fue 40,2% (53/132). Mayor prevalencia en las rotaciones de ginecología (48,5%) y cirugía (50%). Y en Lima la prevalencia de SB fue de 57,2% (59/103). Algunas dimensiones del Síndrome Burnout estuvieron asociadas a la presencia de enfermedad mental y la ausencia de actividades extracurriculares. Se describieron las principales fuentes de estrés de los estudiantes de enfermería y comprobaron que las áreas, académica y clínica generaban el 78,4% de los acontecimientos estresantes. El área social el 8% y el área personal el 13,6%.

A nivel local no se encuentran estudios sobre Síndrome de Burnout en estudiantes porque al parecer le restan importancia a esta gran enfermedad.

1.2. Formulación del Problema.

¿Cuál es la relación del síndrome de Burnout y las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016?

1.3. Justificación

Es de suma importancia el presente estudio porque en las prácticas clínicas, los alumnos toman contacto con su futura profesión y se entrenan en la misma, enfrentándose a situaciones difíciles, que en muchas ocasiones son generadoras de estrés y no siempre se realizan en un entorno favorecedor. Los estudiantes desean realizar las prácticas y tienen gran ilusión, pero a su vez, tienen miedo de “no estar preparados”, “de cometer fallos con los pacientes”, “miedo a contagiarse una enfermedad” Es en este momento cuando los alumnos necesitan un mayor apoyo, para que este período formativo se convierta en un factor de crecimiento personal y no en un enfrentamiento traumático. Se debe tener en cuenta que los alumnos de enfermería por las características de la profesión “estar en contacto con el nacimiento, sufrimientos, dolor, invalidez, e incluso la muerte”, así como la interrelación con otros profesionales, están expuestos a mayor cantidad de estresores que otros grupos de estudiantes.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el Síndrome de burnout y su relación a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016

1.4.2. Objetivos Específicos

-) Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes de séptimo ciclo que realizan sus prácticas, según la dimensión cansancio emocional.
-) Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes de séptimo ciclo que realizan sus prácticas, según la dimensión despersonalización.
-) Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes de sétimo ciclo que realizan sus prácticas, según la dimensión realización profesional.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Estudio: Internacionales, Nacionales y/o Regionales

Antecedentes Internacionales.

Pérez A. 2012 Síndrome de Burnout en estudiantes de Psicología Clínica de una Universidad Privada que realizan su práctica en un Hospital Estatal y un Centro Privado de Práctica de la ciudad de Guatemala.

Objetivo: determinar la existencia del Síndrome de Burnout en los estudiantes de último año de Psicología Clínica de una Universidad Privada que realizan su práctica en un Hospital Estatal y un Centro de Práctica de la ciudad de Guatemala. Los 64 sujetos de estudio estaban comprendidos entre 22 y 47 años de edad, de ambos sexos, de distinto estado civil y trabajadores y no trabajadores.

Método: El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Burnout elaborado por Manuel Arias (2007), que de forma autoaplicada mide el cansancio o desgaste profesional.

Resultados: muestran, que a nivel general, no existe Síndrome de Burnout ya que ambos grupos de estudio obtuvieron un nivel promedio de este, lo cual indica que no existe cansancio más allá de lo normal causado por las actividades diarias.

Conclusiones: no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0.05 entre ambos grupos; tampoco se encontró relación estadísticamente significativa al nivel de 0.05 entre el síndrome y las variables trabajadas (edad, género, estado civil y si trabajan o no). Sin embargo se puede encontrar que en el reactivo No. 20 del cuestionario, el cual está hecho con el fin de validación del mismo, si existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0.05 entre ambos grupos.

Por ello se recomienda principalmente trabajar en la prevención del Síndrome de Burnout para evitar repercusiones en los estudios de los universitarios y mantener informados a los docentes responsables de la práctica sobre los síntomas del mismo, con la finalidad que puedan tomar medidas preventivas y correctivas.

Ferrari R. 2012 Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. Brazil.

Objetivo: Identificar la incidencia de síndrome de Burnout (BS) y evaluar su relación con los aspectos laborales, personal de enfermería de dos hospitales de medio portea de Cáceres.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal de la muestra de 141 sujetos. Como instrumento de investigación se utilizó un cuestionario para el delineamiento de los aspectos laborales, aumentando del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados: De los 141 profesionales, 13 presentaron SB según MBI. Con relación con los aspectos laborales los profesionales más acometidos son aquellos con: régimen de trabajo diarista, 30 horas semanales de servicio, contratado, doble empleo, menor tiempo formación, poco tiempo en la unidad y actuación en el sector administrativo.

Conclusiones: Luego, se demostró la presencia de SB en la muestra, revelando necesidad de proponerse cambios organizacionales en el

ambiente de trabajo a fin de apocar estos factores interfieren en la salud del trabajador.

Fernández V.2012 Síndrome de burnout y enfermería Evidencia para la práctica. México.

Objetivo: Determinar los efectos del Síndrome de Burnout.

Resultados: Se presenta la evidencia científica sobre los factores que originan el Síndrome de Burnout situacionales (características del trabajo, ocupacionales y organizacionales); individuales:(características sociodemográficas, de personalidad y actitudes hacia el trabajo) y la violencia hacia las enfermeras como un factor emergente. Se presenta la evidencia sobre las consecuencias en las enfermeras y en las instituciones, así como las intervenciones que han mostrado efectividad a nivel individual (intervenciones educativas y psicosociales) y a nivel organizacional.

Conclusiones: para la práctica es crucial que las enfermeras administradoras y el personal conozcan todo lo relativo al Síndrome de Burnout para prevenirlo e intervenir oportunamente. En investigación es prioritario construir una línea que supere las diferencias metodológicas que limitan comparaciones de prevalencia, factores relacionados y consecuencias en el contexto nacional.

Melita A. 2011 Burnout en profesionales de Enfermería que trabajan en Centros Asistenciales de la Octava Región, CHILE

Objetivo: fue determinar la presencia de estrés laboral crónico o burnout y su probable relación con factores sociales y laborales, en los profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Emergencias (UE) y Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Octava Región, Chile.

Método: Se trabajó con el universo conformado por 91 enfermeras(os), siendo 57 de UE y 34 de SAMU. Se utilizaron dos instrumentos recolectores de datos; el primero elaborado por la autora, que recogió

información sobre variables sociodemográficas y laborales. El segundo correspondió a la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI); que midió el desgaste profesional producto del estrés laboral crónico y los tres aspectos del síndrome de Burnout, que corresponden a cansancio emocional, despersonalización y realización profesional.

Resultados: Los más relevantes del estudio mostraron que más del 50% de estos profesionales corresponden a adultos jóvenes, solteros(as) y sin hijos; presentando menos de 10 años de experiencia laboral, la mayoría realiza cuarto turno. El grupo de profesionales evidenció presentar burnout en una intensidad intermedia, que estaría principalmente influenciado por variables laborales como la percepción de recursos insuficientes y la realización de exceso de turnos, al mismo tiempo el grupo de mayor edad evidenció más cansancio emocional y los viudos o separados presentaron menos despersonalización que el resto de los encuestados.

Antecedentes Nacionales.

Mendoza C. 2015 Síndrome de Burnout en Estudiantes de Enfermería en tres Instituciones de Educación Superior. Lima.

Objetivo: Determinar los factores que inciden en los estudiantes de enfermería en tres instituciones de educación superior a que presenten Síndrome de Burnout, mediante la aplicación de encuestas, que permitan hacer un diagnóstico y proponer estrategias.

Materiales y métodos: Estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo, Correlacional y de corte transversal, se basó en una muestra de 273 estudiantes de enfermería de 3 instituciones de educación superior en Lima, a los cuales se les aplicó un cuestionario estructurado.

Resultados: Predominaron los de 20-29 años y <20 años, urbanos, de estratos 1, 2 y 3, solteros, sin hijos, que conviven con 1-6 personas entre una familia nuclear, pocos trabajan. Los factores predisponentes

más recurrentes fueron: 1) la sobrecarga de tareas académicas; 2) el tipo de trabajos académicos exigidos por el profesor; 3) los créditos exigidos por asignatura; y 4) las evaluaciones de los profesores. La ocurrencia del síndrome de Burnout es generalizada, sin embargo predominaron los niveles altos y moderado.

Conclusión: Los factores sociodemográficos y laborales inciden escasamente en la presencia del síndrome, contrariamente a los factores predisponentes.

Vitar M. 2012 Burnout y Estilos de personalidad en Estudiantes Universitarios, Trujillo.

Objetivo: Analizar si los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout, y en qué medida los estilos de personalidad pueden incidir en la aparición del mismo.

Metodo: La investigación se ha llevado a cabo en una universidad de gestión privada y se ha trabajado con una muestra de 144 alumnos. Desde una metodología descriptiva, exploratoria e inferencial de tipo transversal y no experimental, se han aplicado y correlacionado el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS).

Resultados: Podemos destacar que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout en un nivel alto y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser considerados como factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo.

Antecedentes Regionales.

No se evidencian antecedentes Regionales.

2.2. Base Teórico-Científico.

SÍNDROME DE BURNOUT

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE BURNOUT

Recién en la década del 70 comenzaron a construirse modelos teóricos e instrumentos capaces de registrar este sentimiento crónico de desánimo, de apatía, de despersonalización. La primera constatación: se trata de un problema, un síndrome que afecta principalmente a los encargados de cuidar. Burnout fue el nombre escogido.

En diversos trabajos se ha estudiado el papel de desgaste profesional relacionado con el síndrome de Burnout, actualmente se han implementado estudio que evidencia el desgaste pero a nivel estudiantil, con relación a las manifestaciones propias del síndrome de Burnout. A continuación se revisan las investigaciones más relevantes que pueden aportan al desarrollo del presente documento.

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

BURN-OUT es un anglicismo traducible como -estar quemado- y de allí se deriva el síndrome de desgaste profesional; utilizado inicialmente 1974 por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger quien estudió las reacciones que presentaban los integrantes de equipos de voluntarios que trabajaban en hospitales de beneficencia y en institución emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Por otro lado, en el año 1976 la psicóloga social Christina Maslach lo presenta ante un congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes de salud. En 1982, Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda sanitaria, calificó a los afectados de Sobrecarga emocional o síndrome de Burnout describiéndolo como: un síndrome de agotamiento.

1.1 Definición de Síndrome de Burnout

En los últimos años se cuenta con diversas aportaciones por diferentes autores que plantearon diferentes definiciones sobre el Síndrome de Burnout.

Como el principal exponente se encuentra que Freudenberg lo define como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que es el resultado de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Seguido de esto el autor identificó la incidencia del síndrome agrupándolos en cinco niveles: físico, conductual, afectivo, cognitivo y motivacional.

De igual manera Cherniss, resalta la importancia que tiene el trabajo en el desarrollo del Burnout, definiéndolo como cambios personales negativos que ocurren en los trabajadores con demandas excesivas de trabajo a lo largo del tiempo.

Pines, Aronson y Kafry, hacen referencia a que el Síndrome de Burnout es un fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan directamente con personas, que suele conceptuarse como el resultado de repetidas presiones

emocionales asociadas al intenso compromiso con los pacientes o clientes durante un prolongado periodo de tiempo.

Por su parte Maslach y Jackson citados por Goldschmidt (2011), hicieron referencia al Burnout como un síndrome que aparece en los individuos en tres diferentes factores específicos. Como primer factor, el agotamiento emocional que se caracteriza con una disminución o pérdida significativa de recursos emocionales. La despersonalización como segundo factor, refiriéndose a las actitudes negativas de insensibilidad y cinismo dirigido a los receptores del servicio brindado. Y por último la baja realización personal en la cual el individuo evalúa su trabajo negativamente, presentando baja autoestima e insatisfacción profesional.

Con su aportación Mingote (2012), define al síndrome como producto de un fracaso adaptativo individual, que es derivado de un desgaste y agotamiento de recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas de la práctica ocupacional en relación directa con personas. Las personas que manifiestan el síndrome se caracterizan por tener una conducta inadecuada en cuanto a su rol profesional manifestando despersonalización en la relación, ausentismo y problemáticas con compañeros de trabajo así como disforia, síntomas físicos de estrés, decremento del rendimiento laboral, baja realización laboral y pérdida de autoestima.

Por lo que después de revisar las aportaciones teóricas que han realizado diferentes autores, se llega a concluir que el Síndrome de Burnout afecta a las personas que realizan trabajo directamente con personas por un tiempo prolongado causando desgaste físico, emocional y mental. Esto se manifiesta con variedad de síntomas que los individuos presentan tales como desinterés, cansancio crónico, desordenes alimentarios, agotamiento emocional y la baja realización personal en el ámbito laboral y profesional.

1.2 Causas del Síndrome de Burnout

En cuanto a las causas se pueden encontrar tres grandes ramas que precipitan al individuo a desarrollar el síndrome. Como la primera gran rama se deben tomar en cuenta las características personales del individuo, la segunda se basa en el contexto laboral en el cual el individuo desenvuelve su trabajo y labor profesional y como tercera rama se debe tomar en cuenta el involucramiento con las demás personas (Maslach y Jackson).

Por su lado Pérez (2011), recalca que el individuo en su afán por adaptarse y responder de la manera más adecuada a un exceso en las demandas laborales y profesionales, se esfuerza intensamente con una sobre exigencia y tensión hacia él mismo. Esto por su parte origina riesgos en la salud de la persona, en el rendimiento y en la calidad del servicio que la persona pueda brindar a nivel profesional.

La intensidad de demanda laboral interfiere de cierta manera con los objetivos laborales y predispone al individuo a una sobrecarga de trabajo. Garden, aporta que a mayor demanda, mayor es la probabilidad de que una persona pueda padecer del síndrome. La falta de comunicación es un elemento que puede ser la causa primordial de crear un ambiente negativo dentro del lugar de trabajo. Sarros y Friesen, afirman que cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo, la aparición del Síndrome de Burnout aumenta.

La actitud inicial de la persona y su evolución frente a un trabajo es lo que determina el desarrollo del Burnout. El quemarse en el trabajo comienza por una concepción errónea de este y por las expectativas poco mesuradas que la persona tiene. Por lo que el principal desencadenante consiste en poseer expectativas que no corresponden a la realidad del trabajo.

De modo que el tener una actitud demasiado idealista y altruista puede llegar a ser contraproducente en el trabajo. De igual manera, el síndrome también puede radicar en ser demasiado perfeccionista.

También es relevante mencionar que el componente emocional puede ser un activo para la causa del mismo. Si la persona se muestra muy empática y desea implicarse emocionalmente con el entorno laboral en el que se maneja, será más vulnerable a la frustración previa a padecer de este.

La persona que lo padece, no siempre está consciente de lo que le está ocurriendo. Esto repercute en el servicio que ofrece, la calidad del trabajo efectuado, la eficacia y eficiencia en sus labores.

Según Tonon (2013), existen 4 variables que influyen en su desarrollo:

1. Entorno Social: los cambios en las reglas, condiciones y riesgos bajo los cuales se desempeñan las labores.
2. Entorno Organizacional: el proceso de socialización por medio del cual los miembros de una organización aprenden las normas, valores y las pautas de conducta de la misma. Cabe señalar que en un inicio se creía que eran las organizaciones las que provocaban el Síndrome de Burnout, pero en realidad son los efectos que ésta produce cuando el colaborador interactúa con las personas que demandan de sus servicios.
3. Entorno Interpersonal: se refiere específicamente a las relaciones que tienen los colaboradores con el resto de los compañeros que componen las organizaciones y con las personas que son usuarias de los servicios que brindan.
4. Entorno Individual: se refiere a las características de personalidad de cada uno de los colaboradores.

1.3 Síntomas

En cuanto a la sintomatología que puede presentarse, Rozados (2012), refiere que el síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- a. Psicosomáticos Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, pérdida de peso, dolores musculares, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, etc.
- b. Conductuales Absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- c. Emocionales Distanciamiento afectivo como forma de protección del Yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- d. En ambiente laboral Disminución de la capacidad de trabajo y de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes, entre otros.

1.4 Etapas del síndrome

Según Edelwich y Brodsky, puede haber cinco etapas por las cuales una persona atraviesa en el trabajo hasta llegar a manifestar el Síndrome de Burnout, estas son:

- 1) Entusiasmo: la persona experimenta su trabajo como algo estimulante, con aspiraciones y energía elevada e interpreta los conflictos y problemas como algo pasajero y con solución.
- 2) Estancamiento: al no cumplirse las expectativas iniciales de su trabajo, la persona percibe que sus metas y objetivos se

comienzan a ver como distantes y difíciles de conseguir, aun dando todo su esfuerzo.

- 3) Frustración: es el período en que el profesional se siente desilusionado y sin motivación alguna por su trabajo. Comienzan a surgir conflictos emocionales, físicos y conductuales.
- 4) Apatía: se da la resignación de la persona frente a la imposibilidad de realizar un cambio en su situación.
- 5) Etapa de Burnout: se llega a la imposibilidad física y psíquica de continuar realizando su trabajo, manifestando con más fuerza y mayor constancia la sintomatología propia del síndrome.

1.5 Tratamiento

El tratamiento involucra tres áreas importantes: las individuales, sociales y organizacionales. En cuanto a las estrategias individuales, estas se basan en lo que la persona puede hacer por sí misma para superar el síndrome. Por el contrario, las estrategias sociales y organizacionales se basan en el apoyo externo que pueda recibir la persona para su mejora Maslach, citada por Goldschmidt (2011).

De igual manera Alonso (2012), refiere que el tratamiento y la prevención del síndrome se manejan desde una triple perspectiva.

- a. El trabajo personal:** no se puede plantear el manejo del Burnout sin abordar una modificación propia de actitudes y aptitudes del trabajador. Se debe tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales del trabajador, con la realidad que se le impone, marcándole objetivos más realistas, que permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

Recomendaciones preventivas:

- Realizar actividades extra laborales (deporte, cine, lectura, etc.).
- Intensificar las relaciones personales, familiares y sociales. En caso de dudar de que se necesite ayuda profesional, conviene solicitarla.

b. El equipo: la mejor manera de prevenir este síndrome es interviniendo en el ambiente laboral. El trabajo en equipo evita muchos problemas.

Recomendaciones preventivas:

- Facilitar espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral.
- Fomentar la colaboración y la no competitividad.
- Formación de grupos de reflexión para tratar periódicamente las relaciones tarea-paciente, aspectos emocionales y relaciones interpersonales.

c. Organización-empresa: existen tres conceptos clave para la prevención del Burnout: capacitación, estructura organizacional y manejo adecuado del tiempo.

Recomendaciones preventivas:

- Minimizar imprevistos organizando las posibles situaciones de urgencia, de tal forma que no interfiera en el trabajo programado.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Formación y reuniones acorde a las necesidades sin afectar el tiempo de las personas con un desgaste más.
- Acortar distancias entre los niveles organizacionales.
- Flexibilidad del horario.
- Apoyo a la formación.
- Aumentar el grado de independencia de los trabajadores.

Así mismo Gil-Monte y Peiró, refieren que las estrategias de intervención para el tratamiento y prevención del síndrome de quemarse por el trabajo se pueden agrupar en tres diferentes categorías.

a. Estrategias individuales En cuanto al nivel individual, las estrategias de afrontamiento, estrategias de control o las estrategias centradas en el problema pueden ayudar a la prevención del Síndrome de Burnout. Al contrario de esto, las estrategias de evitación o estrategias de escape, facilitan su aparición. Dentro de las técnicas utilizadas se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, asertividad y eficacia del tiempo.

También pueden utilizarse estrategias tales como: olvido de problemas laborales, pequeños descansos en el tiempo de trabajo, trazarse metas y objetivos reales, aumento de amistades interaccionales satisfactorias, delegación de responsabilidades y compartir problemas laborales.

b. Estrategias grupales Por otro lado en el nivel grupal e interpersonal, la intervención y prevención del síndrome pasan a ser fomentadas por parte de los compañeros. Los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades y obtienen refuerzo social. También logran apoyo emocional, consejos y otros tipos de ayuda interpersonal.

c. Estrategias organizacionales En cuanto al nivel organizacional, este tiene un papel importante en el síndrome, de modo que en cierto nivel puede llegar a perjudicar o incrementarlo debido a la carga e implicación laboral. El apoyo que puede recibir la persona casi siempre viene por parte de los supervisores y compañeros. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

En el diagnóstico son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado, son una importante fuente de apoyo, son quien mejor comprende ya que pasan por lo mismo.

Por el contrario, cuando las relaciones en el trabajo no son buenas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout.

De manera que después de revisar las aportaciones teóricas de los autores se puede concluir que el tratamiento del Síndrome de Burnout, al igual que su prevención, se torna más a diferentes estrategias que pueden realizarse tanto a nivel individual, grupal y organizacional.

1.6 Variables que Influyen en el Síndrome de Burnout .

Bresso, Salanova y Schaufelli mencionan que el síndrome es producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Distinguen para ello tres tipos de estresores crónicos que son: variables individuales, variables sociales y variables organizacionales.

1.6.1 Variables individuales

El género parece ser una variable que influye en las puntuaciones del síndrome de Burnout entre hombres y mujeres sobre todo en las dimensiones de ineficiencia profesional y agotamiento, según lo afirmado por Daniela Tonon las mujeres tienden más a estas, mientras que los hombres tienden a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo (género, autoeficacia, etc.)

1.6.2 Variables sociales (apoyo social, etc.)

El apoyo social cumple un papel muy importante ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de sus amigos, compañeros, familiares, etc. Brindando estos sentimientos de seguridad y confianza.

1.6.3 Variables Organizacionales (clima laboral, reciprocidad, etc.)

La persona que padece el síndrome de Burnout puede presentar los siguientes resultados y consecuencias.

- Síntomas Emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, y supresión de sentimientos.

- Síntomas cognitivos: desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, desorientación cognitiva, distracción, cinismo, criticismo generalizado, pérdida de la autoestima, el significado de los valores y de la creatividad.
- Síntomas Conductuales: evitación de responsabilidad, ausentismo e intención de abandonar las responsabilidades, desvalorización, auto sabotaje, desconsideración al propio trabajo, conductas indaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- Síntomas Sociales: aislamiento, evitación de contacto profesional, conflictos interpersonales, malhumor, formación de grupos críticos.
- Síntomas Psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambio de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Este síndrome puede afectar a cualquier grupo ocupacional, lo cierto es que hay profesiones más dispuestas a experimentarlo. Este es el caso de las llamadas profesiones de ayuda, es decir, aquellas que exigen estar constantemente en contacto directo con otras personas con las que hay que comprometerse emocionalmente, que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás; como es el caso de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, entre otros) quienes constituyen un colectivo que se halla en continuo contacto con personas que tienen problemas o motivo de sufrimiento. A veces se implican tanto en su trabajo, que pueden llegar a agotarse física y psíquicamente, de tal forma que resultan ineficaces en el desempeño adecuado de sus actividades académicas.

La publicación hecha por Schaufeli en el año 2012 del Maslach Burnout Inventory Student Survey, hizo posible estudiar el Burnout

fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al “estudio”. De este modo, a través de la investigación empírica se ha podido demostrar que los estudiantes también sufren de este síndrome a consecuencia de sus estudios, demostrando niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de eficacia o sensación de incompetencia respecto a sus actividades académicas.

Lo anterior puede contribuir a generar sensaciones de no poder dar más de sí mismo, tanto física como psíquicamente, una actitud negativa de crítica, desvalorización, pérdida del interés de la trascendencia, del valor frente al estudio y dudas crecientes acerca de la propia capacidad para realizarlo.

1.7 El Burnout y sus dimensiones

1.7.1 Agotamiento emocional

El agotamiento emocional constituye el elemento principal del síndrome, y se caracteriza por una sensación de creciente agotamiento en el trabajo, de no poder más, desde el punto de vista profesional y de haber agotado los recursos emocionales. El agotamiento emocional supone síntomas como pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite.

1.7.2 Cinismo o despersonalización

El cinismo se refiere a una serie de actitudes de aspecto pesimista y/o negativo que surge para protegerse del agotamiento personal. Por ejemplo una propensión al distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los clientes o pacientes, lo que motiva una deshumanización de las relaciones, un desprecio cínico del entorno y de la tendencia a culpar a las demás de sus propias frustraciones laborales.

1.7.3 Realización personal

Por último el profesional puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, dando lugar a sentimientos de inadecuación

profesional, con tendencia a la autoevaluación negativa y a estar insatisfechos con sus logros profesionales, aunque en algunos casos puede sufrir el efecto contrario, una sensación de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo y a los demás.

1.7.4 Determinantes del Síndrome

El estrés, como variable antecedente, en la profesión de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. En conclusión, la profesión de enfermería conlleva entre otras tres características, que son un factor de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, podemos encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, Interpersonales e Individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizado del estrés laboral.

1.7.5 Agentes causales de Burnout

Entre las causas que influyen en el síndrome de Burnout, se plantean tanto factores situacionales (demográficos, estado civil, nivel educativo, laborales) como intrapersonales (tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento utilizadas, etc.) e interpersonales (relaciones profesionales conflictivas, escaso apoyo social entre otras).

1.8 Tipos de personalidad

Una definición actual es que la Personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra, la personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter. El concepto de personalidad es más amplio que ellos, si bien los incluye y completa.

1.9 Estrategias de afrontamiento

El “esfuerzo” cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar esas demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona, es lo que se ha acordado denominar estrategias de afrontamiento.

Prevención del Síndrome de Burnout

Existen diversas intervenciones que han sido probadas en trabajadores de diferentes áreas, gerentes, policías pero también específicamente en trabajadores de la salud, personal de hospitales o unidades de atención médica y enfermeras, esta revisión se enfoca a las dirigidas a los dos últimos grupos, cuando el Síndrome de Burnout o los efectos psicosomáticos del estrés en las personas no han requerido de ayuda profesional. La metodología para reconocer las intervenciones exitosas fue realizar una búsqueda bibliográfica enfocada a obtener las revisiones sistemáticas que evaluaron la efectividad de diversas intervenciones para prevenir el Síndrome de Burnout o contender con el estrés. Asimismo, se realizó una búsqueda de los ensayos clínicos aleatorios publicados los últimos diez años, que no estuvieran incluidos en las revisiones sistemáticas. Existe una diversidad de intervenciones probadas principalmente en países desarrollados que buscan resultados diferentes, lograr una mayor satisfacción del trabajador, bienestar psicosocial, disminuir enfermedad, abandonar el trabajo o bajar costos, pero siempre vinculados a disminuir el estrés. Por ejemplo, intervenciones

encaminadas a incrementar la satisfacción del trabajo por su papel mediador en la percepción de la carga de trabajo, vinculada estrechamente con padecer el Síndrome de Burnout.

Por lo anterior la efectividad de las intervenciones ha sido evaluada a partir de diferentes variables de resultado.

Tipos de intervenciones

1. Intervenciones enfocadas al individuo, son cursos diseñados para mejorar habilidades y competencias del personal y se clasifican como:
 - a) Intervenciones educativas y de capacitación para áreas con pacientes de atención especializada o alta demanda emocional.
 - b) Intervenciones psicosociales, tienen un componente psicoterapéutico, pueden ser para mejorar recursos sociales o redes y/o para desarrollar recursos internos personales o maneras de disminuir el estrés individual como técnicas de relajación, técnicas cognitivo conductuales que incrementen habilidades de afrontamiento, incluye brindar consejería.
2. Intervenciones organizacionales/ambientales son las dirigidas a factores del trabajo o que incluyen medidas para cambiar el ambiente laboral, las tareas o los métodos.

Cursos de capacitación diseñados para mejorar habilidades y competencias del personal como comunicación del equipo de trabajo y supervisión; o bien encaminadas a disminuir cargas de trabajo como reorganización de la forma de trabajar.
3. individuales y organizacionales.

PRÁCTICAS CLÍNICAS:

Concepto:

Las prácticas clínicas son experiencias y fenómenos que el estudiante experimenta día a día, complementado por la teoría. Las teorías surgen de la práctica y de la investigación y al validarlas se convierten en

explicativas y directivas de la misma; la práctica basada en teoría se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa.

La teoría validada en la práctica desarrolla sistemáticamente el conocimiento empírico disciplinar y provee conocimiento y comprensión para reforzarla. Aprender a pensar de manera distinta con relación a un problema permite ensayar otros comportamientos para el entendimiento de la realidad.

Las prácticas externas son el marco en que se articula la teoría y la práctica. La aproximación a la realidad profesional el estudiante integra de manera global el aprendizaje y la adquisición de habilidades, actitudes y comportamientos profesionales, también facilitando la inserción en el mundo laboral. Se pone en práctica brindando cuidado; éstos se originan en: el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto.

Las prácticas clínicas ofrecen a los estudiantes una oportunidad de aprendizaje en el medio hospitalario real. Esta oportunidad es única, pero también va unida a una gran responsabilidad que debe ser asumida por todas las partes implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje, donde el centro de atención siempre sea el paciente, salvaguardando en todo momento todos sus derechos.

Las prácticas clínicas en enfermería

Como dice Stenhausen, un currículum base implica el contenido y el método y además ha de ser capaz de traducirse de manera eficaz a la práctica. La integración entre la teoría y la práctica en la formación académica es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes. Para los estudiantes de enfermería no es posible adquirir un buen nivel de formación si no es a través de la experiencia clínica. La práctica clínica tiene un gran impacto educativo porque significa

aplicar los conocimientos que se han adquirido en las aulas a las situaciones de cuidado del paciente y familia.

Diversos estudios hacen referencia a que se valora muy positivamente por parte del alumno a la enfermera de referencia, ya que además de los conocimientos que le aporta le ayuda a integrarse en el equipo.

Valores para la práctica en enfermería

Los valores mostrarán las creencias que suscribe la enfermera que aplica el modelo. Por su carácter no pueden ser aprendidos por la razón, sino que deben interiorizarse a través de la convicción personal de manera libre, puesto que no admite ninguna demostración. Existen valores no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección. Todos ellos se fusionan en los diez factores de cuidados que recogen todo aquello que la enfermera utiliza para proporcionar asistencia de salud desde el significado, la complejidad y la trascendencia que encierra la atención humana. Los valores más destacados en los que se basa su filosofía y ciencia de los cuidados son los siguientes:

- Profundo respeto por las preguntas y misterios de la vida.
- Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida.
- Reconocimiento del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación.
- Respeto y reverencia por la persona y la vida humana.
- Reconocimiento de la autonomía del ser humano y su capacidad de elección.
- Reconocimiento y respeto por la vida-mundo subjetivo de la persona.

El aprendizaje del estudiante en la práctica clínica

Dice Medina (2011) que históricamente la educación en enfermería se ha fundamentado en lo que Schön (1983-1998) denomina «la

racionalidad técnica». Desde esta perspectiva las formas de pensamiento crítico se han definido como el proceso de resolución de problemas mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se deriva del conocimiento científico. Sin embargo, al desarrollar la idea de la práctica reflexiva, Schön (1983-1998) plantea que este conocimiento está limitado porque no tiene en cuenta la realidad de la vida y práctica profesional que va unida a lo que el profesional (o el estudiante) es capaz de ver por su experiencia y a los significados que otorga. Los estudiantes entran en la universidad con sus modelos de referencia y con el tiempo, y a través de sus experiencias van cambiando sus miradas y construyendo nuevos significados. Los programas educativos deben crear las condiciones de aprendizaje que faciliten una exploración de los marcos conceptuales y teorías de la disciplina, de modo que el estudiante pueda seleccionar teoría que guíe su práctica, le ayude a elegir significados e interpretaciones y le sirva para evaluar su pensamiento crítico. No obstante, y teniendo en cuenta que la enfermería es una ciencia aplicada con componentes éticos, estéticos y relacionales de carácter artístico y que gran parte de este conocimiento sobre el cuidar enfermero lo va a adquirir el estudiante en el entorno de las prácticas clínicas, la práctica reflexiva se convierte en una actividad y una competencia nuclear del currículum. Su práctica debe permitir al estudiante aprender a aprender, identificar las oportunidades de aprendizaje y explorar la asistencia en cuanto a las maneras de ayudar al paciente y familia de acuerdo a la situación, incluyendo en la situación al estudiante y lo que es capaz de ver.

En el aprendizaje práctico, el alumno de enfermería se inicia en la cultura de la profesión. Aprende sus lenguajes, sus tópicos, sus sistemas de valoración e intervención, las normas y valores compartidos, el conocimiento en la acción y la práctica basada en la respuesta. Este aprendizaje lo realiza el alumno mediante su inmersión en el mundo clínico. La práctica ofrece al estudiante una

exposición directa a las condiciones reales de la práctica y a sus pautas de trabajo. No obstante, las instituciones no siempre están en condiciones de asumir la iniciación del alumno en todas las áreas de aprendizaje que se les demanda ya que la relación enfermera/paciente no permiten a los profesionales contar con el tiempo y la dedicación necesaria hacia el estudiante. Lo habitual en este sistema es que lleve al alumno a una posición de novel que es iniciado a aprender de la experiencia mediante imitación de los modelos profesionales a los que se ve expuesto con presiones para pasar a la acción.

Teniendo en cuenta esta realidad el aprendizaje clínico debe planificarse como un tipo de práctica pensada y organizada para que el estudiante se inicie en la tarea de aprender de la práctica mediante su exposición a la situación real, pero en un contexto que pueda aprender haciendo y reflexionando acerca de la acción que se realiza. Es importante tener en cuenta, por un lado, que el aprendizaje a través de la experiencia, de la exposición y la inmersión en el mundo clínico, sea hospitalario o en la comunidad, con frecuencia se desarrolla sin un conocimiento consciente; por otro, que es la reflexión la que permitirá al estudiante la toma de conciencia de lo que aprende. El estudiante debe aprender a evaluar la competencia práctica, las prácticas competentes y las buenas prácticas. Debe construir una imagen al respecto y valorar su propia posición ante ellas. Los estudiantes aprenderán procedimientos relevantes y también las formas de observación y valoración que sirven a los prácticos para establecer juicios sobre las situaciones de la práctica. Los estudiantes aprenderán así un razonamiento en la acción que va más allá de las reglas, que tiene connotaciones artísticas y dilemas éticos.

Por último, se debe resaltar que ningún práctico puede llevar la práctica más allá de su experiencia. En el caso del estudiante, su nivel de novel se caracteriza por su falta de experiencia, así que cuando se

enfrenta a una situación nueva necesita recurrir al cálculo racional y también a pautas y directrices concretas de actuación. Esto no impide que, asociado a este aprendizaje iniciático en la práctica enfermera, el desarrollo del programa sea eficaz en ayudar a los estudiantes a ser reflexivos y a construir conocimiento práctico sobre estrategias de intervención o de relación y maneras de formular y resolver problemas. Es en la adquisición de esta competencia, el aprendizaje reflexivo, que cobra especial relevancia el diálogo que se establece entre el tutor y el estudiante, el cual se aborda en el siguiente apartado.

Los estudiantes se comprometen en las prácticas clínicas en un doble sentido:

- Con la práctica que desean aprender diseñando un plan de cómo harán para llegar desde donde se encuentran a donde desean;
- Con aquellas prácticas y actividades implícitas en el proyecto del programa.

TEORÍA DE LEININGER

Se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que

reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- ENFERMERIA TRANSCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

- ENFERMERIA INTERCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

TEORIA DE JEAN WHATSON

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y auto curación.

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:
 - Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente
 - Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

Teoría del Cuidado Humano:

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería

COMPETENCIAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA

| Bloque | Criterio | Competencias | Buena práctica |
|------------------------------------|--|---|---|
| El ciudadano | Orientación al ciudadano (satisfacción, participación y derecho) | Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes | El/La estudiante protege la confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes y preserva su intimidad |
| Atención sanitaria integral | Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria | Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención | El/La estudiante desarrolla actividades educativas adaptadas a las necesidades de salud del ciudadano |
| | Atención al individuo y a la familia | Personalización de los cuidados | El/La estudiante valora e identifica las necesidades de cuidados de la persona de manera integral, tomando en consideración su ciclo vital y establece un plan de cuidados individualizado El/La estudiante realiza intervenciones de educación para la salud y de detección |

| Bloque | Criterio | Competencias | Buena práctica |
|--------------------------|------------------------------------|--|--|
| | | | de factores de riesgo El/La estudiante realiza intervenciones para satisfacer las necesidades básicas de la persona |
| | | | El/La estudiante valora e identifica los riesgos inherentes a la hospitalización, desarrolla actividades encaminadas a detectar factores de riesgo y evita la aparición de complicaciones o acontecimientos adversos |
| | | Apoyar a la familia en su rol de cuidador | El/La estudiante valora desde un punto de vista integral a la cuidadora familiar principal y elabora y/o realiza propuestas en los planes de cuidados individualizados |
| | | | El/La estudiante apoya y forma a la cuidadora principal sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado |
| | | | El/La estudiante valora e interviene desde un punto de vista integral en la familia, e identifica su estructura y dinámica, en torno al riesgo en el mantenimiento de la salud de uno o varios de sus miembros |
| | | Comunicación y entrevista clínica | El/La estudiante conduce entrevistas con sus pacientes usando habilidades de comunicación adecuadas |
| | Gestión por procesos asistenciales | Visión continuada e integral de los procesos | El/La estudiante garantiza la continuidad de los cuidados al ingreso y alta hospitalaria |
| El/La profesional | Trabajo en equipo y | Trabajo en equipo | El/La estudiante colabora con las personas del equipo |

| Bloque | Criterio | Competencias | Buena práctica |
|-----------------------|--|--|---|
| | relaciones interpersonales | | para el cuidado de los pacientes |
| | Actitud de progreso y desarrollo profesional | Actitud de aprendizaje y mejora continua | El/La estudiante lleva a cabo acciones formativas enfocadas a mejorar la atención directa en la provisión de cuidados y los resultados de salud |
| | Compromiso con la docencia | Capacidad docente | El/La estudiante está comprometido con la función docente de su trabajo en el SSPA |
| La eficiencia | Uso eficiente de los recursos | Adecuada utilización de los recursos disponibles | El/La estudiante hace uso racional del tiempo El/La estudiante hace uso racional del material fungible y equipamiento de gestión clínica enfermera |
| Los resultados | Orientación a resultados en el desempeño profesional | Orientación a resultados | El/La estudiante orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la calidad de vida en relación con la salud de los pacientes |

2.3. Hipótesis de la Investigación.

H. positiva

H₁ El Síndrome de burnout está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016

H. negativa

H₀ El Síndrome de burnout No está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016

2.4. Variables.

➤ **variable independiente:**

Prácticas clínicas

➤ **variable dependiente:**

Síndrome de Burnout

2.5. Marco Conceptual.

SÍNDROME: Combinación de síntomas que son el resultado de una causa única o que se presentan con tanta frecuencia como para construir un cuadro clínico diferenciable.

SALUD: Estado relativo en el cual uno es capaz de ejercer en forma normal las funciones físicas, mentales, sociales y espirituales para expresar el ámbito completo de las potencialidades propias de cada individuo en el ambiente en el cual vive.

ENTORNO: Ambiente, lo que rodea a alguien o a algo. Conjunto de puntos, comprendidos entre determinados límites, que rodea a un punto dado.

PERSONA: Individuo de la especie humana, hombre o mujer cuyo nombre se ignora o se omite, individuo recto y de cualidades morales.

ENFERMERA: Persona entrenada sobre bases científicas para la atención de los enfermos y que cumple con ciertas normas de educación y competencia clínica preestablecidas.

BURNOUT: O "ESTAR QUEMADO" Se refiere a un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave en el que la persona se derrumba a causa del cansancio psíquico o estrés que surge de la interacción social y ante una rutina laboral.

ESTRÉS: Estado que adopta el organismo en respuesta a un estímulo que constituye un ataque de su integridad o que, al menos, se interpreta como tal.

SÍNTOMA: Observación sobre sí mismo, subjetiva, que el paciente manifiesta, percibe con sus propios sentidos e interpreta como anormal.

DESEQUILIBRIO: Alteración que se origina en la conducta de una persona.

PSÍQUICO: Relativo a la mente o psiquis; que es la facultad humana de pensamiento, juicio y emoción; la vida mental, que incluye los procesos consientes e inconscientes.

NERVIOSISMO: Estado pasajero de excitación nerviosa, inquietud o de falta de tranquilidad.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

Descriptivo: Esta investigación es descriptiva porque nos da a conocer la distribución y características del síndrome de Burnout en las personas que están propensas a adquirirlo. Corte Transversal: Porque mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional como lo son los estudiantes de enfermería en un solo momento; es decir, permite estimar la magnitud y distribución del síndrome de Burnout o condición de este en un momento dado. Correlacional: Porque determina el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables.

3.2. Área o Sede de Estudio.

El estudio se realizó en las aulas del séptimo ciclo de la facultad de enfermería de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, ubicada en av. los maestros s/n.

3.3. Población y Muestra, Criterios de Inclusión y Exclusión.

Población (N). La población estuvo constituida por 76 estudiantes del VII ciclo 2016 de la Facultad de Enfermería.

El tamaño de la muestra es no probabilística. (n) es calculada basándose en las formulas estadísticas recomendadas para poblaciones finitas. Se calcula con la siguiente formula:

Muestra (n).

Se utilizó la siguiente fórmula para hallar la muestra:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 .pq}$$

Dónde:

N: población = 76

Z: nivel de significancia 95% = 1.96

p: proporción del problema = 10% = 0.1

q: 0.9

d: 0.05

$$n = \frac{76(1.96)^2(0.1)(0.9)}{75(0.05)^2 + (1.96)^2.(0.1)(0.9)}$$

$$n = 49$$

La muestra como parte representativa de la población se obtiene de la aplicación de la fórmula antes mencionada. Al aplicar la fórmula obtenemos una muestra de 49 alumnos de la facultad de enfermería, pero como la muestra es pequeña se ha considerado tomar a toda la población para el presente estudio. La Población objetiva está conformada por estudiantes con características similares.

La muestra estuvo constituida por 49 alumnos de la Facultad de enfermería

- Criterios de inclusión:
 -) Alumnos matriculados en el séptimo ciclo
 -) Alumnos que desean colaborar en el presente estudio
- Criterios de exclusión:
 -) Alumnos matriculados en otros ciclos

) Alumnos que no desean colaborar en el presente estudio

3.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.

El método de recolección de datos fue el cuestionario dirigida, elaborada y estructurada en base a instrumentos validos que va permitir recoger información acerca del Síndrome de Burnout relacionado a las prácticas clínicas.

-) La primera parte del instrumento que se aplicará señalará la presentación, el objetivo de la misma, las instrucciones y los datos generales.
-) La segunda parte está conformada por preguntas para determinar los datos generales de la población.
-) la tercera parte, está conformado por preguntas para medir Síndrome de Burnout y la relación con las prácticas clínicas.

Para medir el síndrome de Burnout se utilizó el Inventario de Maslach. Burnout Inventory tiene las siguientes características:

Las dimensiones de esta escala se plantean de forma positiva por ejemplo: La realización personal en el trabajo, el cual a mayor puntaje; mayor adaptación y realización personal en el trabajo, nivel de estrés laboral es baja y a menor puntaje; menor adaptación y/o realización en el trabajo, nivel de estrés laboral alto por lo que tendrían que acercarse al Síndrome de Burnout.

La calificación de los ítems depende de que estén en sentido positivo o negativo por ejemplo(Los ítems negativos se invierten en el puntaje del 0 al 6.

SÍNDROME DE BURNOUT:

| | | |
|------|-------|------|
| BAJO | MEDIO | ALTO |
| 0 24 | 25 74 | 75 + |

| | |
|----------------------------------|--|
| Nivel de Estrés por Dimensiones: | Puntajes |
| - Agotamiento emocional: | - Bajo :47-54 -Medio: 39-46 - Alto: 0-38 |
| - Realización personal: | - Alto :30-48 - Medio 19-29 - Bajo 0-18 |
| - Despersonalización: | - Bajo 29-30 - Medio 24-28 - Alto 0 -23 |

Practicas Clínicas

Adecuado

11 – 20

Inadecuado

00 – 10

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento.

El inventario de maslash es un instrumento estandarizado y validado internacionalmente. Que mide el síndrome de Burnout

El cuestionario para medir las prácticas fue validado por 03 jueces de expertos,

3.6. Proceso de Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos.

1. Se solicitó la autorización de la decana de la universidad, a quien se le informara primero de la intensión del trabajo de investigación, se tramito de manera documentada.
2. La obtención de los resultados se realizó a través del procesamiento de datos obtenidos en las hojas de registro, mediante un programa estadístico, que permitirá realizar las discusiones, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

3.7. Aspectos Éticos, Consentimiento Informado.

El siguiente trabajo de investigación se realizó aplicando la confidencialidad y veracidad de los datos obtenidos. Los datos fueron manejados de manera estrictamente confidencial únicamente por los investigadores autores del estudio, el acceso a estos datos por parte de terceras personas estuvo denegado. Los resultados de este trabajo sólo se presentaran en actividades de carácter estrictamente científico.

CAPITULO IV

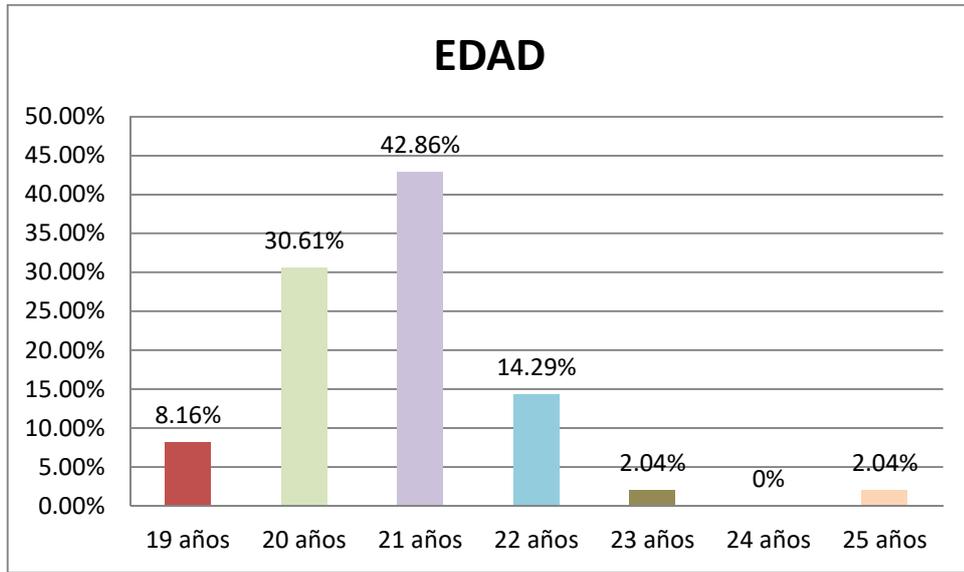
| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| 19 | 04 | 8.16% |
| 20 | 15 | 30.61% |
| 21 | 21 | 42.86% |
| 22 | 07 | 14.29% |
| 23 | 01 | 2.04% |
| 24 | 0 | 0% |
| 25 | 01 | 2.04% |
| TOTAL | 49 | 100% |

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

CUADRO N°1

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD DE LOS 49 ALUMNOS
ENCUESTADOS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT

GRAFICO N°1



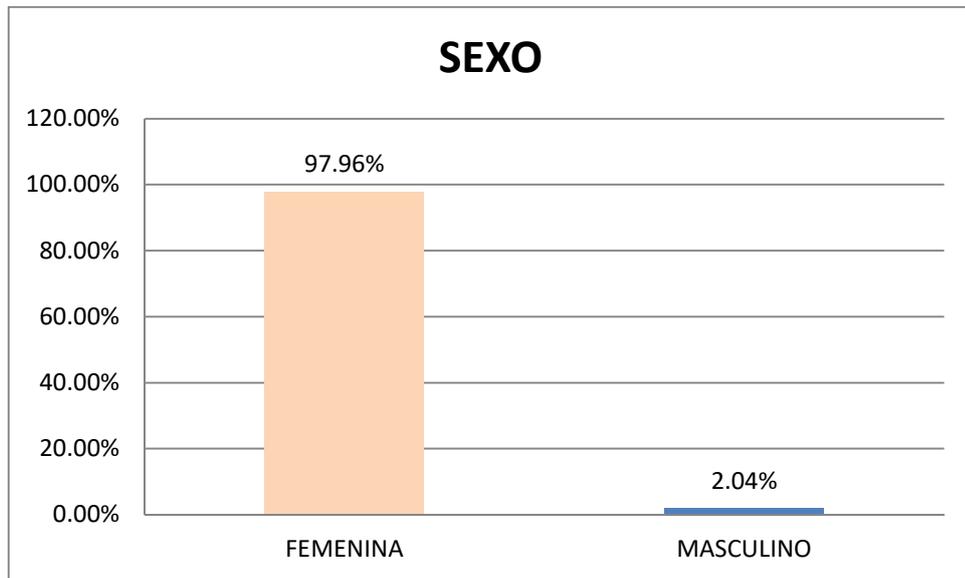
Interpretación:: Según el cuadro de distribución de edad el grupo de alumnos con el índice más alto es el de 21 años con un 42.86%, seguido de los que tienen 20 años con un 30.61% y los de menor porcentaje son los de 23 y 25 años con un 2.04%

CUADRO N°2

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SEXO DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT.

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| FEMENINO | 48 | 97.96% |
| MASCULINO | 01 | 2.04% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N°2



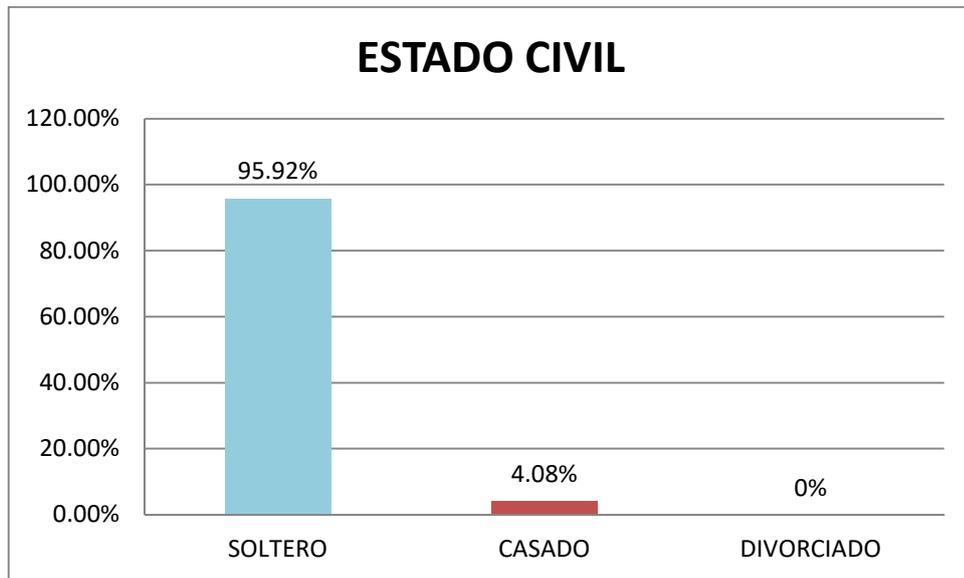
Interpretación: Según el cuadro de distribución 97.96% de personas son del sexo femenino y el 2.04% son del sexo masculino.

CUADRO N°3

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT.

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SOLTERO | 47 | 95.92% |
| CASADO | 02 | 4.08% |
| DIVORCIADO | 0 | 0% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N°3



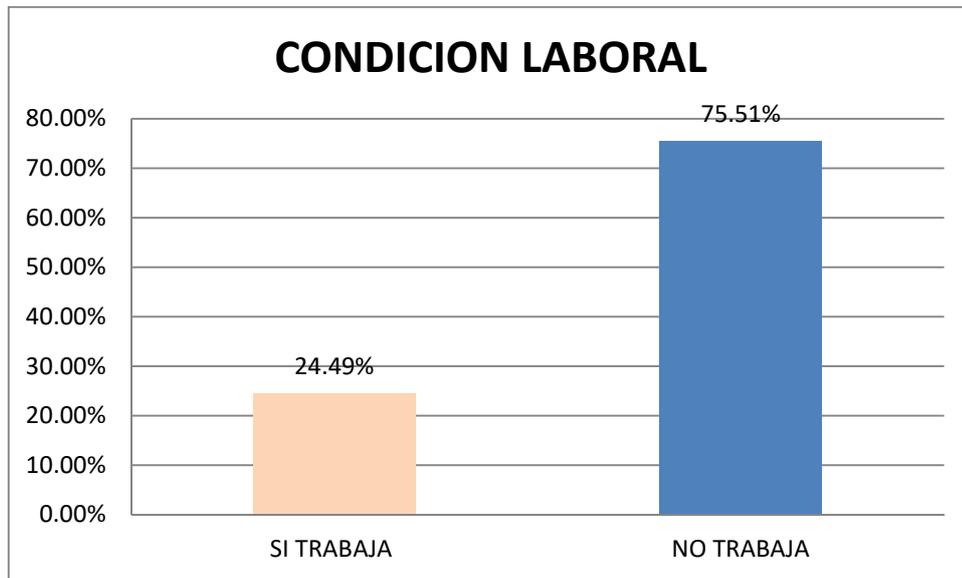
Interpretación: Según el cuadro de distribución el 95.92% de alumnos son solteros y solo el 4.08% son casados.

CUADRO N°4

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CONDICION LABORAL DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT.

| CONDICION LABORAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SI TRABAJA | 12 | 24.49% |
| NO TRABAJA | 37 | 75.51% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N°4



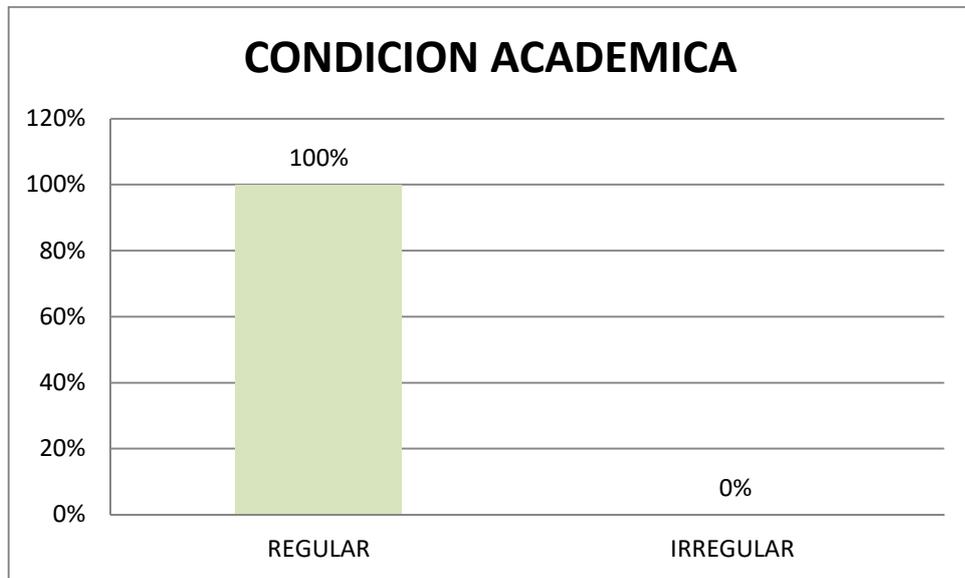
Interpretación: Según el cuadro de distribución el 75.51% de alumnos no trabaja y el 24.48% si trabaja.

CUADRO N°5

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CONDICION ACADEMICA DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT.

| CONDICION ACADEMICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| REGULAR | 49 | 100% |
| IRREGULAR | 0 | 0% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N° 5



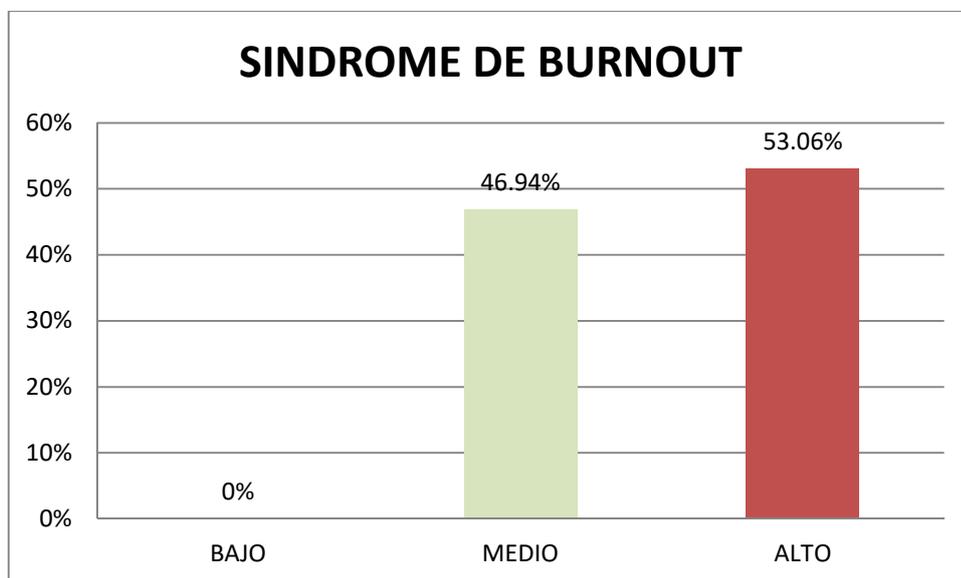
Interpretación: Según el cuadro de distribución el 100 % de alumnos tienen condición académica regular.

CUADRO N°6

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NIVEL DE SINDROME DE BURNOUT DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS.

| SINDROME DE BURNOUT | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| BAJO | 0 | 0% |
| MEDIO | 23 | 46.94% |
| ALTO | 26 | 53.06% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N° 6



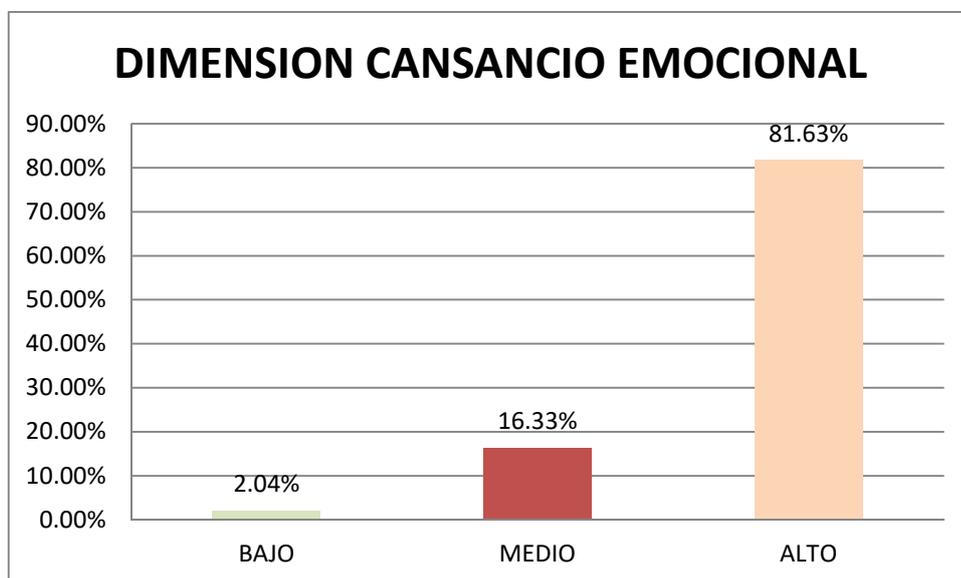
Interpretación: Según el cuadro de distribución se evidencia que el 53.06% de alumnos encuestados están con el síndrome de Burnout en nivel alto y un 46.94% está en el nivel medio.

CUADRO N°7

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A DIMENSIONES DE SINDROME DE BURNOUT DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS.

| CANSANCIO EMOCIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| BAJO | 01 | 2.04% |
| MEDIO | 08 | 16.33% |
| ALTO | 40 | 81.63% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N° 7



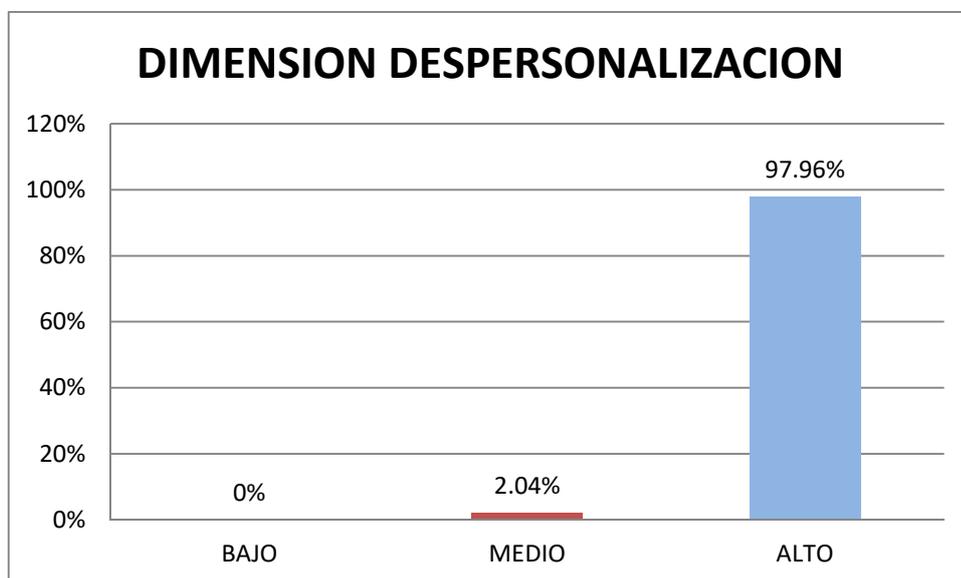
Interpretación: Según dimensión cansancio emocional el 81.63% de alumnos tiene un nivel alto y un 16.33% un nivel medio y solo un 2.04% tiene nivel bajo.

CUADRO N°8

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A DIMENSIONES DE SINDROME DE BURNOUT DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS.

| DESPERSONALIZACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| BAJO | 0 | 0% |
| MEDIO | 01 | 2.04% |
| ALTO | 48 | 97.96% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N°8



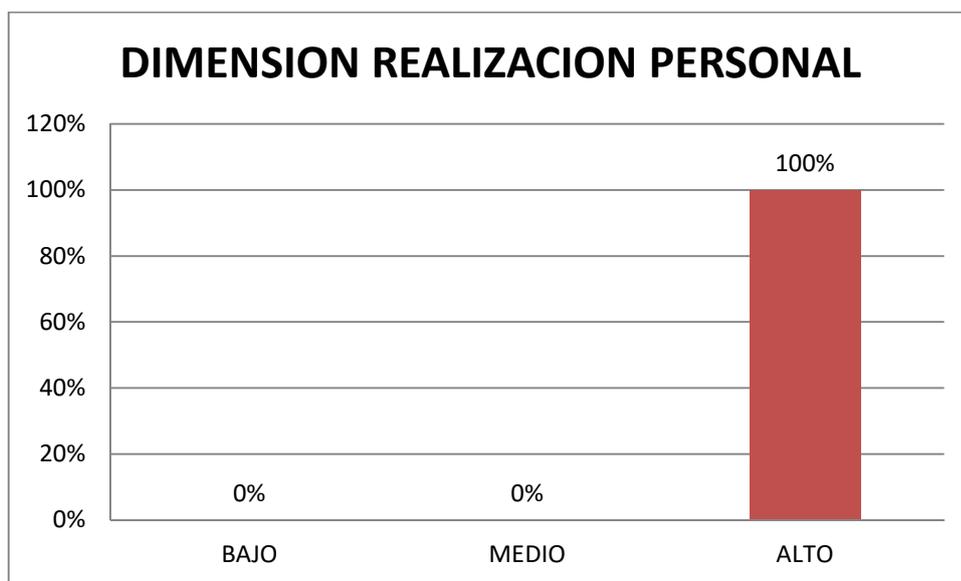
Comentario: Según la dimensión despersonalización el 97.96% de alumnos tiene un nivel alto y un 2.04% nivel medio.

CUADRO N°9

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A DIMENSIONES DE SINDROME DE BURNOUT DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS.

| REALIZACION PERSONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| BAJO | 0 | 0% |
| MEDIO | 0 | 0% |
| ALTO | 49 | 100% |
| TOTAL | 49 | 100% |

GRAFICO N°9



Interpretación: Según la dimensión realización personal el 100% de alumnos tiene nivel alto.

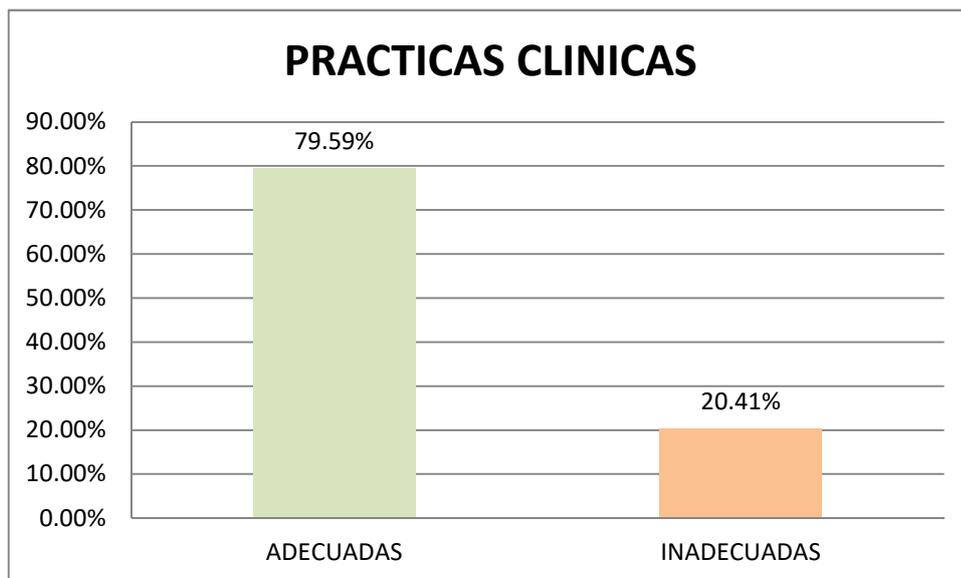
CUADRO N°10

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LAS PRACTICAS CLINICAS DE LOS 49 ALUMNOS ENCUESTADOS.

| PRACTICAS CLINICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| ADECUADAS | 39 | 79.59% |
| INADECUADAS | 10 | 20.41% |

| | | |
|-------|----|------|
| TOTAL | 49 | 100% |
|-------|----|------|

GRAFICO



Interpretación: Según las prácticas clínicas realizadas por los alumnos del VII ciclo, dio como resultado que el 79.59% fueron adecuadas y el 20.41% fueron inadecuadas.

4.2 Discusión de resultados

Según los resultados en cuanto a la edad y el sexo se tuvo que la edad que más resaltó es el de 21 años con el 42.86%, seguido de los que tenían 20 años con un 30.61. En cuanto al sexo el que más prevalece es el femenino con un 97.96% y el masculino solo con un 2.04%. Con respecto al estado civil se encontró que el 95.92% son solteras. La condición laboral fue que el 75.51% no trabaja y solo el 24.49% trabaja. Según Pérez A. en su estudio la muestra comprendía entre los 22 y 47 años, de ambos sexos. Según Melita

A. su muestra fueron de 50% profesionales corresponden a adultos jóvenes. Y en cuanto al estado civil su gran mayoría fueron solteras. En el trabajo de Mendoza C. predominaron las edades de 20 a 29 años y menores de 20 años, la mayoría eran solteras, sin hijos y pocos trabajan

En cuanto a la condición académica, nuestro resultado fue; que el 100% son regulares. Según Mendoza C. Los factores predisponentes más recurrentes fueron: la sobre carga de tareas académicas, el tipo de trabajo académico exigidos por el profesor, los créditos exigidos por las asignaturas, las evaluación de los profesores.

En cuanto al Síndrome de Burnout se encontró que el 53.06% fue alto, y el 46.94% fue de medio, no teniendo resultado en el nivel bajo. Según Pérez A. muestra que a nivel general, no existe síndrome de burnout, ya que los grupos de estudios obtuvieron un nivel promedio de este, lo cual indica que no existe cansancio más allá de lo normal causado por las actividades diarias. En el trabajo de Ferrari R. del total de su muestra que fueron 141, solo 13 presentaron Síndrome de Burnout. Según Melita A. en tu trabajo se encontró que; el grupo de profesionales evidenció presentar burnout en una intensidad intermedia, que estaría principalmente influenciado por variables laborales como la percepción de recursos insuficientes y la realización de exceso de turnos, al mismo tiempo el grupo de mayor edad evidenció más cansancio emocional y los viudos o separados presentaron menos despersonalización que el resto de los encuestado. Según Mendoza C. en su trabajo se observó que la ocurrencia del síndrome de Burnout es generalizada, sin embargo predominaron los niveles altos y moderados. Según Vitar M. Podemos destacar que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de Burnout en un nivel alto.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de hipótesis para determinar la relación existente entre el Síndrome de Burnout y las prácticas clínicas en estudiantes del séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica 2016

Selección de la Prueba

Utilizaremos la prueba de chi cuadrado relacionando ambas variables

$$X^2 = \sum_{N=1}^K \frac{(f_i - f_e)^2}{f_e}$$

| SINDROME BURNOUT | PRACTICAS CLINICAS | | | | TOTAL | % |
|------------------|--------------------|--------|-------------|------|-------|--------|
| | ADECUADAS | | INADECUADAS | | | |
| | N° | % | N° | % | | |
| Altas | 20 | 51.28% | 6 | 60% | 26 | 53.06% |
| Medias | 19 | 48.72% | 4 | 40% | 23 | 46.94% |
| Bajas | 0 | 0% | 0 | 0% | | 0% |
| Total | 39 | 100% | 10 | 100% | 49 | 100% |

GRADO DE LIBERTAD

$V = (\text{Numero de Filas} - 1) (\text{Numero de Columnas} - 1)$

$V = (3 - 1) (2 - 1)$

$V = (2) (1) = 2$

$X^2_{0.05} = 5.99$

$$X^2_{\text{cal}} = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

CALCULANDO LAS FRECUENCIAS ESPERADAS

$$\frac{(39 \times 26)}{49} = 20.69$$

$$\frac{(10 \times 26)}{49} = 5.31$$

$$\frac{(39 \times 23)}{49} = 18.30$$

$$\frac{(10 \times 23)}{49} = 4.69$$

$$\frac{(39 \times 0)}{49} = 0$$

$$\frac{(10 \times 0)}{49} = 0$$

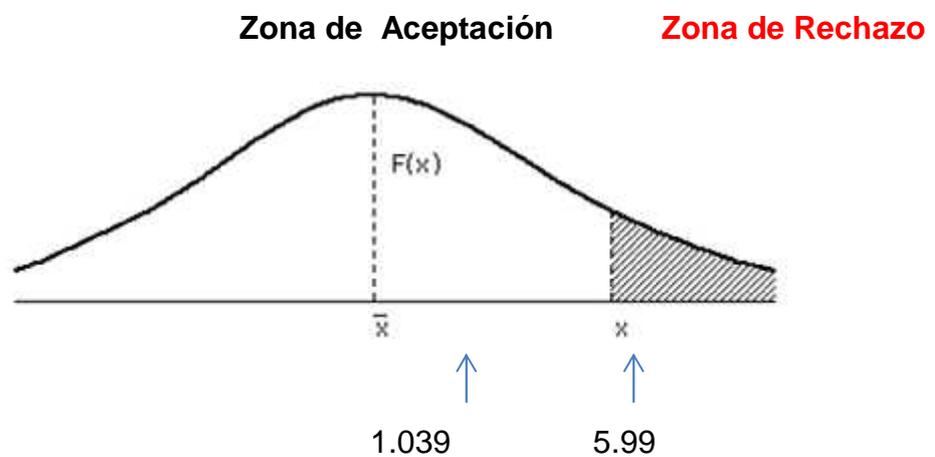
REEMPLAZANDO LA FÓRMULA DE X^2_{CAL}

$$\frac{(20-20.69)^2}{20.69} + \frac{(19-18.30)^2}{18.30} + \frac{(0-0)^2}{0} + \frac{(6-5.31)^2}{5.31} + \frac{(4-4.69)^2}{4.69} + \frac{(0-0)^2}{0} =$$

$$0.02+0.27+.0+.056+.0089+.0.10 = 1.039$$

$$X^2_{cal} = 1.039$$

GRAFICO



Interpretación:

De acuerdo a la gráfica de la curva de Chi Cuadrado (X^2), del chi cuadrado observado es de 1.039, siendo menor que el Chi esperado que fue de 5.99, a un nivel de significancia de 0.05 y a 2 grado de libertad, cayendo en la región de aceptación de la hipótesis 1 de nuestro trabajo, por lo tanto se acepta.

H1= El Síndrome de burnout está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1 Conclusiones

- En cuanto a la relación entre el Síndrome de Burnout y las prácticas clínicas que realizan los alumnos del VII ciclo de la Facultad de

Enfermería, si existe una relación significativa que va de alto a medio, lo que nos indica que luego de las prácticas clínicas, la sobrecarga de trabajos en las asignaturas correspondientes al séptimo ciclo, es un factor importante que desencadena el síndrome de Burnout.

- En cuanto a la dimensión cansancio emocional, el resultado obtenido es alto a medio, teniendo como condicionantes el tiempo que dura las practicas, los trabajos que los docentes de las diferentes asignaturas dejan, el poco tiempo que tienen para poder compartir en familia, no tienen tiempo para realizar sus actividades personales.
- En cuanto a la dimensión de Despersonalización, el resultado obtenido fue de alto a medio, en esta dimensión el alumno experimentan despersonalización se sienten separados tanto de su mundo como de su identidad y existencia física.
- En cuanto a la dimensión Realización Personal el resultado obtenido fue alto, teniendo una gran significancia en su actividades personales, como la falta de paseos con la familia, no cuentan con un determinado tiempo para el espacio sentimental, tiempo de relajamiento (ir al cine, realizar deportes, etc)

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

-) Que las autoridades de nuestra Facultad tomen cartas en el asunto, dando alternativas de solución, como organizar actividades sociales y culturales, en donde el alumno muestre sus habilidades y destrezas, como en el canto, danzas, deportes, etc.

-) Que, los docentes no dejen demasiados trabajos para realizar fuera de nuestras horas académicas, ya que el espacio que tenemos para compartir con la familia es muy poco, de igual forma no se tienen el descanso necesario después de ingerir nuestros alimentos en casa.
-) Que, se incorpore en nuestras actividades académicas, círculos de estudios e investigación, en donde los alumnos encuentre asesoría permanente, para la realización de los trabajos o informes que se realizan en las diferentes asignaturas, mayormente los de carrera.
-) Qué. Las autoridades correspondientes, realicen una supervisión permanente en el cumplimiento de los horarios en las diferentes asignaturas, para de esta manera cumplir con los objetivos de nuestra currícula, y no tener exceso de horas con trabajos adicionales que puedan dejar los docentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez, A. (2012). Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, N° 141, 27-30.

2. Palacio, J. (2013). Relación del Burnout y el Rendimiento Académico con la Satisfacción frente a los Estudiantes Universitarios: Vol. 25. *Avances en Psicología Latinoamericana. no.2.*
3. Feldman, R. (2011). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (6ta.ed.). México: McGraw-Hill.
4. Carrasco, A. (2013). *Introducción a la inferencia estadística.*
5. Abello, R., Caballero, C. & Palacio, J. (2014). Relación del Burnout y el Rendimiento Académico con la Satisfacción frente a los Estudiantes Universitarios: Vol. 25. *Avances en Psicología Latinoamericana. no.2.*Bogotá, Colombia.
6. Braga, F., Flichtentrei, D., Grau, A., Prats, M. & Suñer, R. (2013). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Vol. 83, *Revista Española de Salud Pública* 2009, 215-230.
7. Ceballos, G. (2011). *Correlación entre el inventario de personalidad neo revisado(NEO PIR) y la permanencia en el puesto de los colaboradores de una empresa emisora de tarjetas de crédito de la ciudad de Guatemala.* Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
8. García, C. (2013). *Diagnóstico del Síndrome de Burnout en el Personal d Atención a Estudiantes de la Facultad de Económicas de una Universidad Privada.* Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
9. Gil-Monte, P., & Peiró, J. (2012). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis.
10. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2013). *Metodología de la investigación* (4a. Ed.). México: Mc Graw Hill.
11. Prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de los hospitales del IGSS de la ciudad capital. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.2013
12. Mendez, Marco, *Síndrome de Burnout en el Personal de Atención a Estudiantes de la Facultad.*2012

13. R. Wesley: Teorías y modelos. McGraw-Hill Interamericana, México. 2011
14. Hernandez, G. (2011). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo Una interpretación constructivista. 2º Ed. México: McGrawHill.
15. J. Hernández (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid
16. Diaz C. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona. 2013
17. Mendoza Carla, Síndrome de Burnout en Estudiantes de Enfermería en tres Instituciones de Educación Superior. Lima 2015.
18. Vitar Maria, Burnout y Estilos de personalidad en Estudiantes Universitarios, Trujillo 2012.
19. Pérez Andrea, Síndrome de Burnout en estudiantes de Psicología Clínica de una Universidad Privada que realizan su práctica en un Hospital Estatal y un Centro Privado de Práctica de la ciudad de Guatemala 2012.
20. Ferrari Rogério. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio porte. Brazil 2012.
21. Victoria Fernández, Síndrome de burnout y enfermería Evidencia para la práctica. México. 2012.
22. Melita Angélica, Burnout en profesionales de Enfermería que trabajan en Centros Asistenciales de la Octava Región, CHILE 2011

ANEXOS

ANEXO N° 01

PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

PRACTICAS CLINICAS

| CRITERIO | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.- El instrumento responde al planteamiento del problema de investigación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Las preguntas planteadas miden al problema planteado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- La estructura que presenta el instrumento es secuencial. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- los términos utilizados son comprensibles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Los ítems son claros entendibles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO N° 02

PUNTAJES PARA VALIDAR EL CUESTIONARIO POR LOS EXPERTOS

| ITEMS | ESCALA DE VALIDACION | PROMEDIO |
|-------|----------------------|----------|
| | JUECES | |

| | 1 | 2 | 3 | |
|----|----------|----------|----------|-----|
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5.0 |
| 2- | 5 | 5 | 5 | 5.0 |
| 3 | 5 | 5 | 4 | 4.6 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 5.0 |
| 5 | 5 | 4 | 4 | 4.3 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5.0 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 5.0 |

Distancia de puntos múltiples (DPP)

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_7)^2}$$

X= Valor máximo en escala para cada ítem (5)

Y = Promedio de cada ítem

$$DPP = \sqrt{(5-5)^2 + (5-5)^2 + (5-4.6)^2 + (5-5)^2 + (5-4.3)^2 + (5-5)^2 + (5-5)^2}$$

$$DPP = 0.81$$

Distancia máxima

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_7-1)^2}$$

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

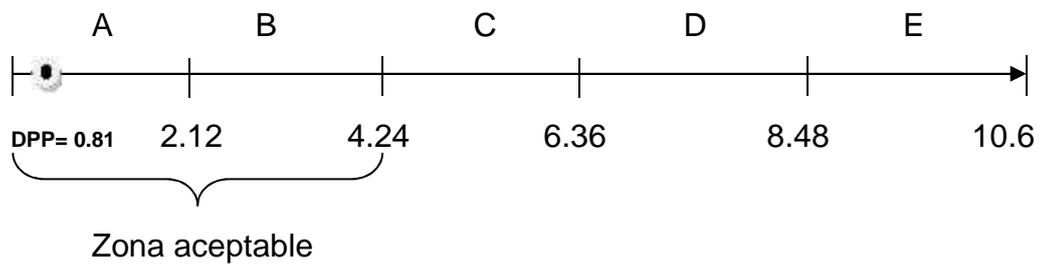
X= Valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

1= Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1)

$$D_{m\acute{a}x} = 10.6$$

$$\text{Intervalo} = \frac{D_{m\acute{a}x}}{\text{Escala}} = \frac{10.6}{5} = 2.12$$

Escala valorativa



A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

DPP = 0.81, cayó en la Zona A de adecuación total según el juicio de expertos, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PRACTICAS CLINICAS

ANALISIS DE FIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el **Coefficiente de Alfa de Cronbach ()** en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba del cuestionario aplicado a 49 Personas.

Formula:

$$= \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Donde:

s_i^2 = varianza de cada ítem

s_T^2 = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$$= \frac{20}{20 - 1} \left(1 - \frac{17.575}{39.805} \right)$$

$$= 1.05 \left(1 - 0.442 \right)$$

$$= 1.05 \left(0.558 \right)$$

$$= 0.586$$

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere > 0.5 , por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO N° 04

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PRACTICAS CLINICAS

Para la validez del Instrumento se aplicó la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems aplicado a 49 Personas:

Formula:
$$r = \frac{nf \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[nf \sum X^2 - (\sum X)^2][nf \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

| ITEMS | r de Pearson |
|-------|--------------|
| 1 | 0.63 |
| 2 | 0.57 |
| 3 | 0.53 |
| 4 | 0.55 |
| 5 | 0.58 |
| 6 | 0.37 |
| 7 | 0.58 |
| 8 | 0.31 |
| 9 | 0.52 |
| 10 | 0.62 |
| 11 | 0.37 |
| 12 | 0.69 |
| 13 | 0.74 |
| 14 | 0.52 |
| 15 | 0.55 |
| 16 | 0.51 |
| 17 | 0.61 |
| 18 | 0.58 |
| 19 | 0.59 |
| 20 | 0.60 |

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO N° 05

CODIFICACION DE DATOS GENERALES DEL ALUMNO

| SEXO | CODIGO |
|-------------|---------------|
| Masculino | 1 |
| Femenino | 2 |

| LUGAR DE NACIMIENTO | CODIGO |
|----------------------------|---------------|
| Costa | 1 |
| Sierra | 2 |
| Selva | 3 |

| ZONA DE LA VIVIENDA | CODIGO |
|----------------------------|---------------|
| Urbana | 1 |
| Rural | 2 |
| Urbano marginal | 3 |

ANEXO N°06

CODIFICACION DE DATOS ESPECIFICOS CUESTIONARIO

| DIMENSIONES | N° DE ITEMS | PUNTUACIÓN |
|---------------------------|--------------------|-------------------|
| PRACTICAS CLINICAS | 1 | a = 1; b y c = 0 |
| | 2 | c = 1; a y b = 0 |

| | | |
|--|----|--------------------|
| | 3 | c = 1; a y b = 0 |
| | 4 | c = 1; a y b = 0 |
| | 5 | c = 1; a y b = 0 |
| | 6 | c, a, b = 2 |
| | 7 | b = 1; a y c = 0 |
| | 8 | b = 1; a y c = 0 |
| | 9 | b = 1; a y c = 0 |
| | 10 | a = 1; b y c = 0 |
| | 11 | a, b y c = 1 d = 0 |
| | 12 | si = 1 no = 0 |
| | 13 | a, b y = 1 d=0 |
| | 14 | si = 1 no = 0 |
| | 15 | b = 1; a y c = 0 |
| | 16 | a = 1 b, c y d = 0 |
| | 17 | b = 1 a, c y d = 0 |
| | 18 | Libre |
| | 19 | a = 1 b, c y d = a |
| | 20 | b = 1 a, c y d = 0 |

ANEXO N° 07

Inventario de burnout

Las características psicométricas que presentan el cuestionario pueden considerarse como muy aceptables. La consistencia interna de las tres subescalas se estimó con el coeficiente alpha de Cronbach y presentan valores que varían entre 0,87 y 0,78, por encima del criterio de 0,70 recomendado (Nunnaly & Berstein, 1994). El cuadro 2 muestra los

estadísticos la media, desviación típica, valor alpha de Cronbach y correlaciones para las dimensiones del IBP. Los valores han sido promediados a fin de poder establecer una comparación directa entre ellos. La media más elevada fue la obtenida en la escala de realización personal con un valor de 5,22 (DT = 0,57), mientras que la más baja se obtuvo para cansancio emocional 2,08 (DT = 0,56). En cuanto a las relaciones entre las dimensiones, se observa que todas ellas son significativas y se orientan según las relaciones teóricas previstas. La correlación más alta se estableció entre cansancio emocional y despersonalización ($r = 0,64, p < 0,01$).

TABLA 2

Medias, desviaciones típicas, alpha de Cronbach y correlaciones entre las dimensiones IBP

| Variable | M | DT | α | 2 | 3 |
|-------------------------|------|------|----------|--------|--------|
| 1. Cansancio Emocional | 2,08 | 0,60 | 0,8745 | -0,48* | 0,64* |
| 2. Realización Personal | 5,22 | 0,57 | 0,8192 | | -0,32* |
| 3. Despersonalización | 2,17 | 0,64 | 0,7849 | | |

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | INSTRUMENTO | PARAMETROS |
|--|---|--|--|--|--|-----------------------|--|
| ¿Cuál es la relación del síndrome de Burnout y las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga | Determinar el Nivel de Síndrome de burnout y su relación a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San |) Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes que realizan sus prácticas, según la dimensión cansancio emocional.) Identificar el | H ₁ El Síndrome de burnout está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga | Variable 1 Síndrome de Burnout |)bajo)medio)alto)bajo)medio)alto)bajo)medio)alto) Horas De | Inventario de malasch |) Inferior a 16) De 17- 27) Superior a 28) Inferior a 5) De 6 – 10) Superior a 11) Inferior a 40) De 34 – 39) Inferior a 3 |

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------------|--|--|--|--|--|---|
| de Ica – 2016? | Luis Gonzaga de Ica – 2016 | <p>nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes que realizan sus prácticas, según la dimensión de despersonalización.</p> <p>) Identificar el nivel de Síndrome de Burnout, que presentan las(os) estudiantes que realizan sus prácticas,</p> | <p>de Ica – 2016</p> <p>H₀ El Síndrome de burnout No está relacionado a las prácticas clínicas en estudiantes de séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – 2016 .</p> | <p>Variable 2</p> <p>Practicas Clinicas</p> | <p>Practicas De Servicio De Practica Actividad</p> | | <p>. Adecuadas</p> <p>. Inadecuadas</p> |
|----------------|----------------------------|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | según la dimensión realización profesional. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|



UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA

Somos alumnas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica y estamos realizando un estudio sobre SÍNDROME DE BURNOUT RELACIONADO A LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES DE SEPTIMO CICLO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA – 2016; agradecemos mucho nos pueda brindar un minuto de su tiempo para realizar la siguiente encuesta, recordándole que esta se realiza con fines de investigación y tiene carácter confidencial.

INSTRUCCIONES.

1. Lea detenidamente cada pregunta antes de responderlas
2. No deje pregunta sin respuesta
3. Ante alguna duda solicite ayuda del encuestado(a)
4. Luego de culminar la encuesta, por favor entregue este al encuestador

DATOS DEL ENCUESTADO:

Apellidos y
nombres:.....
Edad..... Sexo..... Estado
civil.....
Ciclo.....

CUESTIONARIO DE MASLASH

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

- 0= NUNCA.
- 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
- 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
- 3= UNAS POCAS VECES AL MES.
- 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
- 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS

| CANSANCIO EMOCIONAL | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Me siento emocionalmente agotado(a) por las prácticas clínicas | | | | | | | |
| Cuando termino las prácticas clínicas me siento insatisfecho(a) | | | | | | | |
| Cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a prácticas clínicas me siento fatigado(a) | | | | | | | |
| Siento que al realizar las prácticas clínicas durante el día me cansa | | | | | | | |
| Siento que las prácticas clínicas me está desgastando | | | | | | | |
| Me siento frustrado en mi trabajo | | | | | | | |
| Siento que estoy demasiado tiempo en las prácticas clínicas | | | | | | | |
| Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa | | | | | | | |
| Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | | | | | | | |
| DESPERZONALIZACION | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales | | | | | | | |
| Siento que me he hecho más duro con la gente | | | | | | | |
| Me preocupa que durante las presentes prácticas clínicas me esté endureciendo emocionalmente | | | | | | | |
| Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes | | | | | | | |
| Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas | | | | | | | |

| FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes | | | | | | | |
| Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes | | | | | | | |
| Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi servicio al prójimo | | | | | | | |
| Me siento con mucha energía durante las prácticas clínicas | | | | | | | |
| Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes | | | | | | | |
| Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes | | | | | | | |
| Creo que consigo muchas cosas valiosas durante las prácticas clínicas | | | | | | | |
| Siento que en las prácticas clínicas los problemas emocionales son tratados de forma adecuada | | | | | | | |

PRACTICAS CLÍNICAS

A = Siempre

B = Muchas veces

C = Muy pocas veces

D = Nunca

| N° | En cuanto a las prácticas clínicas | a | b | c | d |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| 1 | Me siento satisfecho con las prácticas clínicas | | | | |
| 2 | Me siento valorado por el equipo de salud | | | | |
| 3 | La implicación del tutor en el aprendizaje de mis prácticas es satisfactoria | | | | |
| 4 | La implicación de otros profesionales en el aprendizaje de mis prácticas es satisfactoria | | | | |
| 5 | Me desgasta hacer guardias en los servicios asignados | | | | |
| 6 | Siento impotencia de no poder realizar los procedimientos que se me encargan | | | | |
| 7 | Estoy usando adecuadamente los elementos de bioseguridad | | | | |
| 8 | Me siento motivado a realizar las practicas clínicas diariamente | | | | |
| 9 | Siento temor de poder realizar algún procedimiento que pueda dañar al paciente | | | | |
| 10 | Llego tan agotado de las prácticas que no puedo concentrarme en clases | | | | |
| 11 | Me siento frustrado cuando no obtengo buenos resultados ante mis acciones | | | | |
| 12 | Siento que los docentes se desquitan conmigo en las practicas | | | | |
| 13 | Los Lic. Valoran el esfuerzo que realizo en las prácticas clínicas | | | | |
| 14 | Siento que mis docentes me restringen realizar correctamente la práctica | | | | |
| 15 | Sientes que ha existido una comunicación adecuada entre tu responsable enfermero y tu | | | | |
| 16 | El responsable ha estado pendiente de ti constantemente | | | | |
| 17 | Los criterios de evaluación son dados a conocer al inicio de la práctica | | | | |
| 18 | El docente me inspira confianza | | | | |
| 19 | El docente respeta y cumple los horarios de prácticas | | | | |
| 20 | El número de estudiantes por docente de práctica facilita mi aprendizaje | | | | |

