



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**BURNOUT Y CONDICIONES LABORALES EN  
ENFERMERAS Y TÉCNICAS DE CUIDADOS INTENSIVOS  
NEONATALES**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica  
que presenta la  
Bachiller:

CRISTINA CÁCERES PAREDES

MARIELA DEL PILAR TAVERA PALOMINO

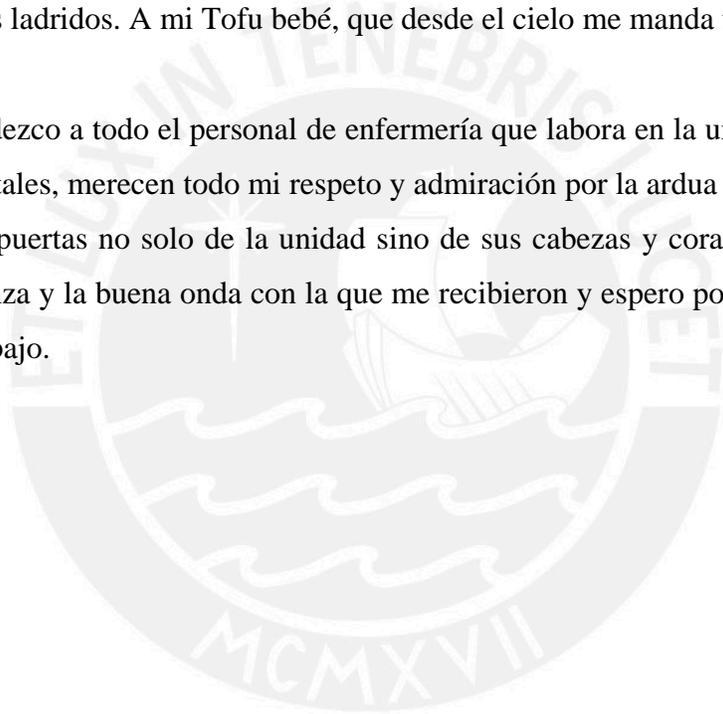
LIMA - 2013

## AGRADECIMIENTOS

A Maye, por su dedicación y su compromiso con mi crecimiento profesional. Por ser amiga y profesora. Gracias por mostrarme el mundo de la psicología de salud y por haber hecho que la temida tesis sea una experiencia enriquecedora.

A mi familia. A mis papás, porque incluso ante mis caras largas continuaron impulsándome a seguir adelante y meterle punche. A Andre por ser siempre ejemplo de dedicación y trabajo duro. A mi Shoyu y mi Auroro por acompañarme en las noches de desvelo con cariños y muchos ladridos. A mi Tofu bebé, que desde el cielo me manda todo su amor.

Finalmente agradezco a todo el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos neonatales, merecen todo mi respeto y admiración por la ardua labor que ejercen. Me abrieron las puertas no solo de la unidad sino de sus cabezas y corazones. Agradezco mucho la confianza y la buena onda con la que me recibieron y espero poder retribuirles en algo con este trabajo.



## RESUMEN

En el presente estudio se tuvo como objetivo explorar la existencia del síndrome de *burnout* materializado en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; así como explorar las condiciones laborales en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional Materno Infantil. La muestra no probabilística se conformó de 17 enfermeras y 11 técnicas de enfermería (N=28), en su mayoría casadas con hijos laborando un promedio de 10 años en el hospital. La medición de las dimensiones del síndrome se realizó utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI); y para la indagación de las condiciones laborales se construyó una ficha sociodemográfica y un cuestionario laboral. Los resultados revelaron la existencia de cansancio emocional medio y baja realización personal. La escala de despersonalización no se analiza debido a su baja confiabilidad. En adición se encontró una correlación negativa significativa entre edad y cansancio emocional; así como la existencia de cinco variables vinculadas a las dificultades laborales en la unidad: ambiente, organización, labor, relaciones interpersonales y factores personales. El ambiente y la organización fueron las variables a las que se hizo alusión con mayor frecuencia señalándolas como fuentes de dificultad.

Palabras claves: burnout, personal de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

## ABSTRACT

The aim of the present study was to explore the existence of the *burnout* syndrome materialized in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment; and also to explore the work conditions in the nursing staff of a Neonatal Intensive Care Unit of a National Mother-Infant Hospital. The non-probabilistic sample consisted of 17 female nurses and 11 female nurse technicians (N=28), who were mainly married with children, working an average of 10 years in the hospital. The quantification of the syndrome's dimensions was accomplished using the Maslach Burnout Inventory (MBI), and for the examination of the work conditions, a sociodemographic survey and a work questionnaire were created. The results reveal the existence of medium levels of emotional exhaustion and low personal accomplishment. The depersonalization scale is not interpreted because of the low reliability rate found in it. Another finding was the significant negative correlation between age and emotional exhaustion, in addition to the five variables found to be related to the difficulties of working in the unit: environment, organization, labor, interpersonal relations, personal factors. The most frequent variables pointed out as the source of the difficulties, turned out to be the environment and the organization.

Key words: burnout, nursing staff, Neonatal Intensive Care Unit.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Método</b>	<b>10</b>
Participantes	10
Medición	11
Procedimiento	14
<b>Resultados</b>	<b>15</b>
<b>Discusión</b>	<b>22</b>
<b>Referencias</b>	<b>30</b>
<b>Anexos</b>	<b>35</b>
Anexo A: Consentimiento Informado	36
Anexo B: Ficha Sociodemográfica	37
Anexo C: Cuestionario Laboral	38
Anexo D: Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del MBI	39

## Introducción

La enfermería es una profesión altamente demandante tanto física como psicológicamente. Son los proveedores directos de cuidado y los responsables de satisfacer las necesidades de los pacientes, razones por las que se han detectado altos índices de estrés laboral en ellos (Gil-Monte, 2003; Jofré y Valenzuela, 2005). La enfermería es un trabajo que exige de la persona un alto y constante control sobre su mente y sus emociones debido a la exposición a situaciones intensas donde el objetivo es preservar la vida del paciente (Tello, 2010).

Para Llod, Abad, García y Nieto (1995 citado en Tello, 2010) son tres las principales razones por las cuales el personal de enfermería es vulnerable al estrés laboral: esfuerzo físico y mental, cambios continuos en las tareas que deben realizar dadas las interrupciones y la necesidad de reorganizar las labores, así como el contacto continuo con personas en situación de alta ansiedad y aflicción. Adicionalmente, los mismos autores hacen referencia al entorno profesional y organizacional, a variables interpersonales e individuales, así como a las diversas causas en dónde se origina el estrés que presenta el personal de enfermería.

En nuestro medio un estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo con enfermeras de distintas especialidades, revela que casi el 57% presenta un nivel de estrés laboral mediano, mientras que casi el 20% lo sufre en un nivel alto (Mercado, 2006). Resultados similares se observan en un estudio en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencia José Casimiro Ulloa, en el cual aproximadamente el 60% de las enfermeras presenta estrés medio, mientras que el 19% estrés alto (Dávalos, 2005).

Estas cifras coinciden con la afirmación que la enfermería es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, por lo cual existe una fuerte prevalencia de problemas de salud físicos y mentales en sus profesionales (Mosby, 1999 citado en Coronado, 2006). Son los responsables directos del cuidado al paciente, tarea que exige un constante estado de alerta y concentración. Además de que se les demanda laborar sin errores, también deben mantener un trato cálido, sensibilizándose con el sufrimiento del paciente y sus familiares durante la angustiosa estadía en el hospital (Tello, 2010).

La problemática no se sitúa únicamente a nivel del personal de enfermería, constituido por enfermeras, técnicas y auxiliares, también afecta a la organización proveedora de salud y a sus usuarios. El personal se ve en la necesidad de conocer a profundidad la atención que

requiere el paciente y saber cómo sus comportamientos personales pueden tener una influencia negativa en el desempeño de sus tareas (Mediano, 2001 citado en Coronado, 2006).

El trabajo del personal de enfermería se intensifica cuando éste labora en los servicios de cuidados críticos conocidos también como unidades de cuidados intensivos (UCI). Para las personas en la primera línea de atención, atender permanentemente a pacientes en riesgo de muerte y lidiar con las preocupaciones de sus familiares implica una fuerte carga emocional. Esto trae consecuencias a largo plazo porque la experimentación constante del estrés provoca un estado permanente de alerta que genera un debilitamiento general de la eficacia del organismo, afectando su capacidad de defenderse y haciéndolo más vulnerable a contraer enfermedades de diversa índole (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986; Schneiderman, 1983 citados en Ocaña, 1998). Por esta razón, la UCI se ve gravemente afectada por estrés laboral y su consecuencia más intensa: el síndrome de *burnout*, conocido también como síndrome de desgaste profesional (Buendía y Ramos, 2001 citado en Tello, 2010).

Un estudio realizado en España muestra que aproximadamente 25% de enfermeras laborando en cuidados intensivos presenta el síndrome de *burnout*, cifra que se atribuye principalmente a las características de la labor que realizan (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004 citado en Gamonal, García y Silva, 2008).

Existen diversas aproximaciones al síndrome de *burnout*. La perspectiva clínica propuesta por Freudenberger (1974), conceptualiza el síndrome como síntomas físicos resultantes de las condiciones del trabajo, agotamiento y falta de interés generada por no cumplir con sus expectativas laborales (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004; Tello, 2010). Freudenberger introduce el término con el objetivo de describir la reacción de los trabajadores al estrés crónico, el cual se hallaba comúnmente en trabajos donde la interacción con el paciente era el eje de la labor diaria (Gil-Monte, 2003; Jennings, 2008).

La perspectiva psicosocial goza de mayor difusión y aceptación actualmente y sus principales representantes son Maslach y Jackson (1981 citado en Aranda et al., 2004), quienes definen al *burnout* como un síndrome tridimensional, la respuesta al estrés laboral crónico (Marrero, 2003, Tello, 2010). Sostienen que el *burnout* es la respuesta producto del esfuerzo permanente pero ineficaz para lidiar con situaciones estresantes, resultando en una sensación de indefensión y en la retirada psicológica (Bosqued, 2008).

Christina Maslach conceptualizó al *burnout* como “un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, hacia el propio profesional y una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.” (Maslach y Jackson, 1981 citado en Marrero, 2003). A partir de llevar a cabo investigaciones en diversas unidades médicas incluyendo la de neonatología, concluyó que el *burnout* se conformaba por tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Jennings, 2008).

El cansancio emocional consiste en la sensación de estar esforzándose más de lo que uno puede para ayudar a las personas con las que se trabaja; es la sensación de no poseer recurso alguno para afrontar los diversos estímulos estresantes del trabajo (De los Ríos, Barrios, Ocampo y Ávila, 2007). Esta sensación se concreta en forma de fatiga a nivel mental, físico y emocional, la cual no guarda necesariamente coherencia con la cantidad de trabajo efectuado. La fatiga se acompaña además de altos niveles de irritabilidad que desencadenan pesimismo en torno a las labores de la profesión, generando insatisfacción permanente (Bosqued, 2008).

La despersonalización surge como respuesta a la indefensión y la desesperanza producto del agotamiento emocional. El personal opta por no expresar sentimientos, mostrándose hostil hacia el medio (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011). Ésta dimensión se caracteriza por la falta de sensibilidad del profesional en el trato con las demás personas, acompañado muchas veces de cinismo y desapego en la realización de sus labores (Marrero, 2004). Suele funcionar como mecanismo de defensa para no implicarse emocionalmente, protegiéndose del cansancio emocional con acciones tales como no reconocer a sus pacientes por nombres sino por códigos (Bosqued, 2008).

Por último, la baja realización personal en el trabajo genera en el profesional una sensación de haber fracasado en sus labores, haciéndolo sentir incompetente, poco productivo y con baja autoestima (De los Ríos et al., 2007). Se caracteriza por una pérdida progresiva de idealismo y un distanciamiento de actividades que demandan interacción con otros (Rodríguez et al., 2011).

French y Caplan (1972 citado en Morales, 2007) señalan diversos factores que tienen una incidencia central en la aparición del síndrome y del estrés en general. En primer lugar, se encuentran aquellos asociados al rol que se ejerce en la institución. Este puede ser ambiguo y no satisfacer las expectativas de la persona generando resentimientos entre los profesionales.

En segundo lugar, factores que derivan de la labor física y emocionalmente demandante, situación que se agrava con el exceso de pacientes y la carga psicológica por sentirse responsable de la vida de una persona. En tercer lugar, las relaciones con colegas, pacientes y familiares pueden producir un clima laboral tenso e incrementar la presión en el personal.

A nivel nacional se han realizado investigaciones en el personal de enfermería de cuidados críticos, las cuales de manera general revelan la contundente presencia de estrés laboral y del síndrome en cuestión. Coronado (2006), quien realizó la investigación con enfermeras de UCI del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, concluye que aproximadamente el 64% presenta niveles medios de estrés laboral, mientras que casi el 14.3% niveles altos. Henríquez (2008) encontró resultados desalentadores dos años después en el mismo hospital, en el cual la cifra de afectados por estrés laboral en nivel alto había ascendido a 24% de las encuestadas. Adicionalmente, Tello (2010) en el mismo contexto, encontró que la presencia del síndrome estaba ligada a la necesidad de tener un desempeño laboral exigente en contextos éticamente complejos.

La práctica profesional en cuidados intensivos implica una serie de cargas físicas y psicológicas, entre las que resalta la necesidad de lidiar con las preocupaciones de los familiares del paciente, además del dolor e incluso la muerte de las personas a las que se brinda atención y cuidado prolongado (Jofré y Valenzuela, 2005). Para trabajar en UCI el personal de enfermería necesita estar en control de todas sus competencias, debiendo ser capaces de detectar con rapidez signos de alarma que amenacen la vida del paciente (Morales, 2007). En adición, se requiere que posean habilidades que les permitan tomar decisiones que determinen el bienestar del paciente y de toda una familia; razón por la que se recomienda tener experiencia previa de trabajo con pacientes críticos (Albaladejo et al., 2004 citado en Gamonal et al., 2008).

Una de las unidades de cuidados intensivos con mayor problemática de estrés y *burnout* es la neonatal, conocida también como Servicio de Cuidados Críticos del Neonato, UCI NEO o UCIN. En ésta área los conflictos laborales se incrementan porque los pacientes son bebés prematuros en alto riesgo de muerte y se requiere constante disposición del personal de enfermería (Avery, Fletcher y MacDonald, 2001). La enfermera de la UCIN cumple tres funciones fundamentales; en primer lugar colabora con el médico en las estrategias de cuidado; en segundo lugar, es la encargada de prestar los cuidados directos al bebé, y finalmente, da

soporte a la familia (Hendricks-Muñoz y Prendergast, 2007 citado en (Merighi, Jesus, Santin y Oliveira, 2011). Las familias, especialmente la madre del neonato, presentan estados altos de ansiedad y frustración, lo cual puede representar una dificultad para el trabajo del personal (Avery et al., 2001).

Según Marshall y Kasman (1980) la mayoría de enfermeras que laboran en UCIN señala haber desarrollado cierto nivel sintomático del síndrome de *burnout* en algún momento de su trayectoria profesional. Se pueden ver diversas formas de manifestación del síndrome, en ciertos casos un sobre-involucramiento o por el contrario un trato despersonalizado a los pacientes. Involucrarse demasiado se traduciría en no dejar la unidad a pesar de estar física y emocionalmente extenuado y en la imposibilidad de delegar funciones a los colegas; mientras que el desapego se caracterizaría por desentenderse de algunas labores, perder la proactividad para intervenir y despersonalizar a los bebés (Marrero, 2003; Marshall y Kasman, 1980; Zaldúa y Lodieu, 1992).

Según Rivera (2007), existen tres causas principales para desarrollar *burnout* en el personal de enfermería de la UCIN: la organización, que incluye el ambiente físico, los turnos y las relaciones con el resto del personal; las labores que se realizan diariamente; y factores propios del profesional como sus características de personalidad. Aranda et al. (2004) coinciden, señalando que los estresores se derivan de la organización, su estructura y lineamientos del sistema de trabajo; de la actividad misma, es decir de las funciones que realiza el personal en su trabajo cotidiano; y de factores individuales como las habilidades adquiridas, las expectativas, la retroinformación que recibe, entre otras. En la misma línea, Rodríguez et al. (2011) consideran en la organización a las políticas de la institución, al ambiente físico, al clima organizacional, a la sobrecarga de trabajo, a los turnos, a las tareas a realizar, a las preocupaciones socioeconómicas, entre otras. También consideran como fuente de estrés a variables sociales como los conflictos interpersonales. Finalmente, dentro de las variables personales consideran características como el sexo, la edad, el locus de control, las estrategias de afrontamiento, entre otras.

Respecto a los aspectos de la organización, el ambiente físico es un importante factor de estrés, un ejemplo de ello es la forma en la que las unidades están construidas y constituidas. La tecnología está muy presente en UCIN optimizando el cuidado al neonato pero también causando estrés por la sobreestimulación sensorial que genera. La gran cantidad de maquinaria

empleada en la labor exige una constante capacitación para manejarla adecuadamente (Coronado, 2006). Esta maquinaria no solo debe ser soportada a nivel visual sino auditivo, siendo un factor altamente estresante por la intensidad, frecuencia y baja controlabilidad de los ruidos que emite; asimismo, por ser un factor que interrumpe la concentración en sus labores de cuidado (Rodríguez et al., 2011). Además, estas unidades son cerradas y no dan la oportunidad de movimiento o de que el profesional cuente con un espacio diferenciado para relajarse, por lo cual la sobreestimulación sensorial se intensifica (Marshall y Kasman, 1980).

Otra causa de estrés proveniente de la organización son las largas jornadas de trabajo y la falta de sueño que generan (Alcala, 2008). Es común que el personal realice doble turno de trabajo, lo que lleva al debilitamiento de su salud física y psicológica (Coronado, 2006). La escasez de personal suele ser la causante de la necesidad de tomar turnos dobles. El cansancio es algo cotidiano, sin embargo, la necesidad de atender la situación de crisis no permite darle lugar al mismo (Marshall y Kasman, 1980).

En la UCIN labora un amplio repertorio de profesionales de la salud: neonatólogos, pediatras, especialistas en nutrición, enfermeras, técnicas, auxiliares de enfermería, psicólogo, farmacéuticos, técnicos de electromedicina y técnicos en nutrición (Ibarra, 2007). La multidisciplinaredad es necesaria para atender al neonato pero puede convertirse en fuente de estrés cuando se trata de tomar decisiones respecto al tratamiento (Avery et al., 2001). Las enfermeras se ven afectadas la mayor parte del tiempo por la ambigüedad de rol, que surge de la necesidad de atender crisis muy distintas continuamente (Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, 2006). Asimismo, deben asegurarse que se cumplan las indicaciones del médico a pesar de estar en desacuerdo, lo cual conlleva muchas veces a la formación de grupos antagónicos donde priman los sentimientos de hostilidad. La falta de poder en torno a las decisiones de tratamiento e intervención pueden generarles frustración, sensación de falta de control y conflicto de roles, factores que no solo causan desmotivación para realizar las labores sino que preceden al síndrome de *burnout* (Coronado, 2006; Marshall y Kasman, 1980). Todo esto puede disminuir la calidad de la atención que se le brinda al neonato (Marshall y Kasman, 1980).

En cuanto a su labor, el personal de enfermería ejecuta acciones como intubar o inyectar los frágiles cuerpos de los recién nacidos. Esto puede generar sentimientos de tristeza y frustración, sintiendo que se violenta a un paciente que intuyen no sobrevivirá y prologando su

sufrimiento con procedimientos de carácter experimental (Zaldúa y Lodieu, 1992). El contacto permanente con los neonatos genera un alto sentido de responsabilidad en el personal (Santos, 1993), que puede desarrollar altos niveles de ansiedad, además de culpa y enojo cuando se cometen equivocaciones (Marrero, 2004).

El personal de enfermería tiene entonces a su cargo tareas que les significan gran esfuerzo psicológico y emocional como lo son lidiar con la muerte del bebé y acompañar a la familia durante la totalidad de la estadía del bebé en UCIN. Una investigación realizada en México revela un aproximado de 24% en la tasa de mortalidad de la unidad, cifra que sitúa a la muerte como un pronóstico frecuente (Méndez, Martínez y Bermúdez, 2007). A pesar de que el fallecimiento de muchos bebés es una situación real, no suele ser un escenario para el que las enfermeras son formalmente entrenadas. La formación se centra en los cuidados físicos del bebé dejando muchas veces a criterio personal cómo afrontar el resto de funciones. De esta manera, hacer duelo podría ser considerado un signo de debilidad y actitud poco profesional. Es común en este personal optar por una postura más despersonalizada desde el inicio de las intervenciones con el objetivo de no establecer un vínculo ambiguo con aquellos pacientes que poseen pronóstico reservado (Blanca, Blanco, Luque y Ramírez, 2008; Marrero, 2003).

De igual manera, no existe un entrenamiento formal en cómo cuidar a la familia del paciente, labor que en la práctica resulta una de sus principales funciones. Las familias de los recién nacidos lidian con el estrés de tener a su hijo en UCIN de maneras distintas, algunas familias pueden volverse abusivas y maltratar al personal con el fin de descargar sus frustraciones; mientras que otras lo afrontan no visitando al bebé para no derrumbarse emocionalmente en caso de fallecimiento (Marshall y Kasman, 1980).

La relación que establezca la enfermera con la familia va a afectar su trabajo, sintiéndose presionada, molesta o frustrada (Marshall y Kasman, 1980). De esa forma, no necesariamente contribuye con el fortalecimiento de la relación entre el bebé y su madre (Izzedin-Bouquet, 2011; Santos, 1993). De establecerse una buena relación con la madre del neonato, la enfermera podría contar con su apoyo para la realización de los cuidados básicos del bebé (limpieza oral, la alimentación por sonda, y cambio de pañal). Esto puede contribuir a que la madre se sienta parte activa del cuidado de su hijo y que la profesional se libere de algunas tareas (Merighi et al., 2011). Esto ocurre en el método Madre Canguro donde se permite al prematuro estable tener a su madre como incubadora, mejorando el vínculo entre

ambos (Pérez, 2006). Por consecuencia, el personal que trabaja con el recién nacido tiene a su cargo no solo la salud física del bebé sino también la salud psicológica de la madre. Si la nueva madre percibe un gesto de descuido, indiferencia o desaprobación; puede afectar su percepción de madre y la forma de experimentar a su hijo. Por el contrario, recibir un trato acogedor puede ser una experiencia reestructurante que le dé el impulso para afrontar los retos que le plantea la maternidad (Hernández, Kimelman y Montino, 2000).

Por esas razones el personal de enfermería de la UCIN debe contar con habilidades de comunicación. Debe ser comprensivo con las demandas de una madre angustiada, asustada y responder a éstas de manera positiva, informando constantemente acerca del estado del bebé y transmitiendo apoyo emocional (Merighi et al., 2011; Morales, 2007).

Sobre los factores que provienen del individuo, Jeffe (1999 citado en De los Ríos et al., 2007), señala que la personalidad altruista de las enfermeras las hace sentir que deben estar disponibles para responder a los cuidados que se les exige de forma inmediata todo el tiempo. Además, la imagen que se tiene de ellas como personas infalibles e incansables genera expectativas poco realistas sobre su desempeño. El altruismo e idealismo que poseen también las lleva a comprometerse emocionalmente con los pacientes y sus familias (Tello, 2010). Asimismo, tener altas expectativas de control conlleva a mayor vulnerabilidad ante una realidad desalentadora (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg y Rolniak, 2007). La falta de control sobre situaciones que suceden cotidianamente es uno de los factores más relacionados al estrés (Theorell y Karasek, 1996 citado en Loli, Arias, Alarcón y Loli, 2008).

En conclusión, los diversos factores que se encuentran presentes en el personal de enfermería de UCIN conllevan en algunos casos al desarrollo del síndrome de *burnout* como consecuencia del estrés laboral crónico. Este síndrome repercute tanto a nivel individual afectando al profesional, como a nivel general afectando a la organización y al sistema de salud, además de a los pacientes y sus familiares.

Una enfermera afectada por el síndrome desarrolla insatisfacción generalizada con la vida, sentimientos de fracaso, baja autoestima, apatía y trastornos psicológicos (Morales, 2007). Además, ocurren cambios en el metabolismo, manifestados en dolores corporales, desórdenes gastrointestinales e incluso problemas cardiovasculares (Coronado, 2006; Morales, 2007).

A nivel organizacional se puede observar que el síndrome de *burnout* repercute en los índices de satisfacción con el trabajo, genera propensión al ausentismo laboral e incluso abandono del puesto de trabajo, disminuye significativamente la calidad de los servicios prestados, incrementa los incidentes en el trabajo, intensifica los conflictos entre colegas lo cual afecta el clima laboral, e incluso aumentan las huelgas y protestas de los profesionales (Gil-Monte, 2003; Marrero, 2003; Morales, 2007; Rivera, 2007; Rodríguez, et al., 2011).

Por todo lo anteriormente mencionado, se hace evidente la intensa labor a la que se enfrenta diariamente el personal de enfermería, debiendo mantener una constante dedicación a sus pacientes en medio de condiciones que parecen no favorecer su desempeño. A pesar de la evidencia no se han realizado intentos sistematizados de intervención a nivel nacional con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los proveedores de salud. Investigar el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería permitirá plantear estrategias de prevención e intervención relevantes. Asimismo, dado que el desarrollo del síndrome está supeditado a la interacción del sujeto con su entorno de trabajo, siendo los desencadenantes los estresores del contexto laboral (Rodríguez et al., 2011), se hace necesario explorar aquellas variables que desde la perspectiva de las propias participante se vinculan con mayores dificultades y podrían relacionarse con mayores niveles de estrés en el personal. El *burnout* no es solo un problema de salud sino de calidad de vida; afectando a largo plazo a trabajadores, pacientes y familias enteras.

La presente investigación tiene como objetivo explorar la existencia del síndrome de *burnout* materializado en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; así como explorar las condiciones de trabajo en el personal de enfermería del Servicio de Cuidados Críticos del Neonato de un Hospital Nacional Materno Infantil.

## Método

### Participantes

Las participantes del presente estudio fueron 28 mujeres que laboran en el Servicio de Cuidados Críticos del Neonato de un Hospital Nacional Materno Infantil, 17 enfermeras y 11 técnicas de enfermería. Las edades de las participantes fluctúan entre 27 y 61 años de edad ( $M = 41.89$ ,  $DE = 8.82$ ); la mayoría es casada/conviviente (75%) y tiene dos hijos (42,8%). En cuanto a su origen, 13 de las participantes proviene de Lima, mientras que el resto es originaria de provincia, mayoritariamente de la sierra.

El tiempo del personal trabajando en la UCIN varía desde medio año hasta 32 años ( $M = 12.23$ ,  $DE = 8.24$ ), en cuanto a tiempo de experiencia en la profesión se encontró un rango desde 6 hasta 33 años ( $M = 18.04$ ,  $DE = 8.61$ ). La forma de trabajo consiste en cuatro turnos de 12 horas distribuidos en siete días, dos de día y dos de noche con un descanso de aproximadamente 45 minutos a la hora de refrigerio (almuerzo o cena respectivamente). En cada turno labora un aproximado de 3 a 4 enfermeras y 2 a 3 técnicas atendiendo a un total de 12 a 13 bebés repartidos en tres áreas. El número de pacientes que atienden al día se encuentra alrededor de 4 a 5 bebés que pertenecen a una de las tres áreas dentro de la UCIN: intensivos, intermedios e infectados; todos ellos bebés hospitalizados por períodos de tiempo extensos.

La mayoría de las enfermeras y técnicas se encuentran insatisfechas con el sueldo y el ambiente de trabajo, señalando además su imposibilidad de elección del turno.

En el Hospital Nacional Materno Infantil, el Servicio de Enfermería de Emergencia y Cuidados Críticos cuenta con tres tipos de personal: en primer lugar las enfermeras (título profesional universitario), en segundo lugar las técnicas (título profesional no universitario) y en tercer lugar las auxiliares (instrucción secundaria y un curso regular para auxiliares de enfermería). Dentro de la categoría de enfermeras existen tres rangos donde la Enfermera III cuenta con tres años mínimos de experiencia y se encarga de programar, supervisar, y monitorear el cuidado integral al paciente; la Enfermera II con un año de experiencia asume la coordinación así como las labores de cuidado al paciente, las cuales realiza en conjunto con la Enfermera I. Dicho cuidado incluye los procesos de admisión y alta del paciente, brindar condiciones físicas y emocionales adecuadas antes durante y después de procedimientos, participar en las visitas médicas para contribuir a la evaluación del paciente, realizar procedimientos de desinfección de materiales y equipos, sistematizar información de enfermería, monitorizar tareas del personal técnico y auxiliar de enfermería, supervisar el

abastecimiento de insumos necesarios para la atención, preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas o exámenes, tomar decisiones para la solución de emergencias, entre otras (Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2005).

En lo que corresponde a las técnicas de enfermería del hospital, existen dos rangos que se diferencian únicamente por el tiempo de experiencia: la Técnica II con 2 años y la Técnica I con un año de experiencia. Ambas cumplen las mismas funciones que incluyen realizar la higiene del paciente, participar en la satisfacción de sus necesidades básicas, mantener el orden y la limpieza de la unidad y sus componentes, asistir a médicos y enfermeras en la realización de procedimientos quirúrgicos, aplicar las normas de bioseguridad durante el trabajo, hacer efectivas las ordenes de análisis, recetas y pedidos, entre otras. Finalmente, las auxiliares de enfermería participan en las tareas de apoyo a la atención, en la satisfacción de necesidades básicas del paciente y en la limpieza y orden de la unidad (Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2005).

La elección de las participantes del estudio se hizo según su disponibilidad dentro del horario de trabajo en el turno diurno. Únicamente se tomaron en cuenta los cuestionarios completados en su totalidad al momento de la evaluación, la cual se realizó en horas de trabajo con la presencia de la misma evaluadora en todos los casos. En adición, se consideraron únicamente las evaluaciones de las enfermeras que laboran en el servicio más de seis meses. El contacto con las participantes se realizó salvaguardando procedimientos éticos, resaltando el carácter voluntario y anónimo de su participación a través de aplicaciones individuales.

## **Medición**

En primer lugar se utilizó una ficha sociodemográfica creada por la evaluadora para la obtención de datos personales y laborales. Se tomó en cuenta la edad, el estado civil, la presencia de hijos, el tiempo laborando en la unidad, los años de experiencia en la profesión, los turnos de trabajo, las guardias, el número de días de trabajo en una semana, el tiempo y lugar de descanso en el trabajo, la satisfacción con el ambiente físico, la satisfacción con el sueldo, la participación en otra actividad remunerada y la presencia de alguna enfermedad crónica (Ver Anexo B).

En segundo lugar se construyó a partir de la revisión bibliográfica, un cuestionario laboral con el objetivo de recoger la opinión en cuanto a la existencia de estrés en la unidad y las razones a las cuales lo adjudican, la vivencia personal respecto a la relación con los médicos y las familias de los pacientes, lo que se considera fácil y difícil en el trabajo, así como sugerencias para la reducción del estrés en el personal laborando en la UCIN (Ver Anexo C).

Ambos instrumentos fueron evaluados por una psicóloga clínica con experiencia en investigación del síndrome de *burnout*, y un psicólogo con experiencia de trabajo en servicios de cuidados críticos neonatales. A partir de las revisiones se realizaron mejoras que contribuyeron a la adaptación de los instrumentos. Finalmente se realizó un estudio piloto con tres enfermeras del servicio con el objetivo de verificar la comprensión de las preguntas.

El *burnout* se evaluó a través del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) el cual se compone de 22 ítems divididos en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. El MBI-HSS es una prueba autoadministrable sin límite de tiempo dirigida a los profesionales de la salud. La valoración de las respuestas del cuestionario se obtiene por medio de la escala likert, la cual se compone de siete posibles respuestas que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) pasando por 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) y 5 (pocas veces a la semana). Los resultados se obtienen considerando de manera individual los puntajes de cada dimensión (Llaja, Sarría y García, 2007).

El Maslach Burnout Inventory Human Services Survey es un cuestionario utilizado alrededor del mundo, incluyendo países de Latinoamérica como Chile (Rodríguez, Cruz y Merino, 2008), Colombia (Tuesca-Molina, Iguarán, Suárez, Vargas y Vergara, 2006) y México (Tapia, Ávalos, César, Franco, Gómez y Rodríguez, 2009) en los cuales se ha utilizado para la investigación con enfermeras. En el Perú se pueden encontrar diversas investigaciones del estrés laboral en contextos hospitalarios (Aliaga, 2012; Castro, Mendo y Vásquez, 2006; Dávalos, 2006; Díaz, López, Zegarra y Cuba, 2006; Llaja, 2002; Mercado, 2006; Tavera, 2011). Existen estudios del estrés laboral en enfermeras de cuidados intensivos (Coronado, 2006; Gamonal, García y Silva, 2008; Henríquez, 2008; Morales, 2007; Tello, 2010), sin embargo aún no se conocen estudios realizados con enfermeras de cuidados críticos neonatales específicamente.

Los estudios originales de confiabilidad del cuestionario arrojan puntajes de 0.9 para la dimensión de cansancio emocional, 0.79 para despersonalización y 0.71 para la dimensión de realización personal. En la adaptación peruana del instrumento, se encontró una

confiabilidad de 0.8 para cansancio emocional, 0.56 para despersonalización y 0.72 para realización personal (Llaja et al., 2007).

Respecto a la validez del instrumento, los estudios originales reflejan una estructura tríadica donde los elementos explican el 41% de la varianza total común. De las tres dimensiones, a la que se le atribuye el mayor porcentaje de la varianza es al cansancio emocional con el 20% (Llaja et al., 2007). Las validaciones del MBI-HSS en países como Colombia (Córdoba, Tamayo, Gonzales, Martínez, Rosales y Barbato, 2011) y México (Tapia et al., 2009) ratifican la estructura tríadica del cuestionario. En el caso peruano, el estudio arrojó la misma estructura con tres elementos e igual distribución de los ítems que en los estudios originales (Merino, 2010 citado en Tavera, 2011). La validación demostró que el cansancio emocional explicaba el 21.55 de la varianza, la despersonalización el 6.073 y la realización personal el 11.90 (Llaja et al., 2007).

En la presente investigación se encontró una confiabilidad de 0.79 para la dimensión de cansancio emocional y de 0.59 para realización personal; ambos puntajes aceptables. No obstante para el área de despersonalización no se halló un puntaje aceptable (0.22), coincidiendo con algunas investigaciones de distintos países en los cuales la dimensión presenta alfas de Cronbach por debajo del valor aceptado, constituyendo uno de los principales problemas psicométricos del instrumento (Bhana y Haffeejee, 1996; Gorp y Schaufeli, 1993; Hallberg y Magnus, 2004; Kantas y Vassilaki, 1997; Leiter y Maslach, 1988; Leiter y Schaufeli, 1996; Nelson, Pratt, Carpenter y Walter, 1995; Van Yperen, 1995 citados en García, Herrero y León, 2007)

Al respecto, algunos autores han optado por una solución factorial de dos factores: uno donde se engloba el cansancio emocional incluyendo ítems de despersonalización y otro de baja realización personal en el trabajo (Brookings, Boltob, Brown y McEvoy, 1985; Chan y Hui, 1995; Dignam, Barrera y West, 1986; Kalliath, O'Driscoll, Gillespie y Bluedorn, 2000; citados en García, Herrero y León, 2007). La baja confiabilidad de la dimensión de despersonalización parece intensificarse cuando se aplica el instrumento en países que no son de habla anglosajona. En adición, estos ítems evidencian valores de asimetría que exceden el criterio de normalidad, lo cual evidencia la necesidad de un mejor desarrollo psicométrico de la escala (Jélvez, Ibañez y Olivares, 2011).

Por estas razones y añadiendo que en el presente estudio se cuenta con una muestra pequeña, se opta por no analizar la dimensión de despersonalización.

## Procedimiento

La aproximación inicial a las participantes se realizó a través del director de un programa de acompañamiento psicológico a las madres de neonatos hospitalizados. A continuación se contactó a las jefaturas del área para la presentación del proyecto y la obtención de información acerca del funcionamiento de la unidad. Obtenida la aprobación se realizó el contacto con el personal de manera individual para solicitar su participación voluntaria y anónima. El recojo de datos ocurrió en un lapso aproximado de siete semanas, tiempo en el que se asistió a los turnos diurnos de los cinco equipos de trabajo.

La aplicación de los instrumentos procedió de forma similar para todos los casos, iniciando con la lectura del consentimiento informado, seguido de la ficha sociodemográfica y el cuestionario laboral y finalizando con el Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey.

Las respuestas fueron procesadas utilizando el programa SPSS 19.00, a través del cual se realizaron las correlaciones y contrastes de medias entre las variables demográficas y laborales y las dimensiones del síndrome de *burnout* para determinar la existencia de relaciones significativas. Asimismo, se compararon las frecuencias de los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica con el afán de extraer características prevalentes en la muestra. Por último se analizaron los contenidos del cuestionario laboral, organizando las respuestas en categorías que permitieran una mayor comprensión de las condiciones laborales en las enfermeras y técnicas de enfermería de la UCIN.

## Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos luego de haber aplicado los análisis correspondientes. De acuerdo al objetivo planteado, en primera instancia se presentan las medidas de tendencia central de los componentes de cansancio emocional y realización personal, identificando las variables que puedan guardar relación con la experimentación de dichas dimensiones, ambas determinantes para la experimentación del síndrome de *burnout*. La segunda parte consiste en la presentación de las correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y laborales de tipo escalar con los componentes del síndrome. Por último, se presenta la categorización de las respuestas otorgadas en el cuestionario laboral.

### Descriptivos de los componentes y niveles del *burnout*

La mediana del componente cansancio emocional (CE) resultó 14.5, cifra que representa el 39.3% del total de participantes ubicando el resultado en la categoría media según el corte de la muestra peruana. En cuanto a la realización personal (RP), se halló una mediana de 42, puntaje que configura el 35.7% del total y que de la misma forma que el CE se ubica en un nivel medio según los estándares de nuestro país. Específicamente 8 participantes experimentan alto CE, seguido de 11 un nivel medio y 9 a nivel bajo. En cuanto a realización personal, 10 participantes experimentan bajos niveles, 9 niveles medios y 9 niveles altos. Es posible observar una ligera tendencia a un nivel medio de CE y a una baja RP.

Cinco participantes evidencian un alto CE y una baja RP. De comprobarse que adicionalmente presentan un alto nivel de DP, estarían experimentando el síndrome de *burnout*.

### Correlaciones entre los componentes del *burnout* y las variables sociodemográficas y laborales.

Se realizaron los análisis pertinentes y se determinó que la única variable que se asocia medianamente a algún componente del síndrome es la edad, la cual afecta inversamente la dimensión de cansancio emocional. De esa forma se puede decir que a mayor edad menor riesgo de presentar esta dimensión afectada ( $r = -0.38, p \leq 0.05$ ).

No se hallaron asociaciones significativas entre las dimensiones y las variables: número de hijos, número de días de trabajo a la semana, número de horas de trabajo al día,

número de años laborando en el hospital y en la profesión, número de guardias a la semana y número de pacientes que atienden al día. Del mismo modo no se hallaron diferencias significativas con las variables profesión, estado civil, posibilidad de descansar, ni existencia de alguna enfermedad.

### **Condiciones de Trabajo**

Los resultados obtenidos en el cuestionario laboral serán presentados a continuación con el objetivo de explorar aquellas variables del contexto laboral que podrían estar asociadas a la percepción de mayor estrés. A partir de las respuestas abiertas de las participantes se identificaron cinco categorías: variables del ambiente, variables de la organización, variables de la labor, variables interpersonales y variables personales. Por esa razón, los resultados serán divididos con el objetivo de explicar el contenido de cada una de las variables.

Es importante mencionar que casi la totalidad de participantes señalaron la presencia de estrés en la unidad.

### **Variables del Ambiente**

La mayoría de las participantes señalan sentirse insatisfechas con el ambiente, haciendo alusión a éste como un problema recurrente. Esta variable es identificada como el principal motivo de la existencia de estrés, el mayor estresor, lo más difícil del trabajo, lo que les gustaría cambiar y sugieren cambios en él para disminuir el estrés.

La variable ambiente comprende principalmente dos factores: la infraestructura donde se considera el tamaño de la unidad y el estado de los espacios, y el riesgo laboral ocasionado por el estado del material y el ruido.

La infraestructura es descrita como un componente que les genera gran malestar e incomodidad. Más de la mitad de participantes señala la ampliación de la UCIN como el principal cambio que realizarían en cuanto al ambiente. El tamaño reducido sumado al elevado número de personas en la unidad contribuye a generar la sensación de hacinamiento, afectando la posibilidad de laborar de modo cómodo y eficiente: *“(El mayor estresor es) el espacio pequeño y el hacinamiento” (Enfermera, 49). “[...] La aglomeración de los equipos porque no hay espacio para colocarlos [...]” (Técnica, 46 años).*

En cuanto al estado del espacio y su distribución, se lo caracteriza como desordenado e insuficiente para cubrir las necesidades del personal. Las participantes muestran la preocupación por modificar el ambiente para que existan espacios asignados al aseo, descanso y refrigerio del personal:

*Respetar las normas de defensa civil en cuanto al alto riesgo por el exceso de aparatos eléctricos en el piso. Ampliar la UCI y ponerse a pensar un poquito en el personal que permanece 12 horas con los bebés merece un mejor trato y un ambiente adecuado, [...] no contamos con un ambiente apropiado para nuestras principales necesidades. (Enfermera, 40 años).*

Sobre el riesgo laboral, se reconoce que el estado del material en la unidad puede ser un elemento nocivo para su salud.

*[...]Alto riesgo de accidente laboral por el exceso de aparatos de alto riesgo sin el menor cuidado que requieren estos equipos al estar cerca al oxígeno regados en el piso mas una infraestructura “vieja”. [...] Me causa mucho estrés el ambiente saber que en cualquier momento puede ocurrir un sismo y este lugar colapsará [...] (Enfermera, 40 años).*

De igual manera, el ruido es percibido por las participantes como uno de los mayores problemas de trabajar en la UCIN: *“El ruido, los equipos no funcionan bien, a veces es insoportable. El timbre de la puerta suena todo el día cada 3 horas mínimo 13 veces las madres de cada bebe. El abrir la puerta el contestar el teléfono” (Enfermera, 46 años). “[...] Se debería realizar examen médico al personal por riesgo ocupacional (examen de potenciales auditivos: riesgo de Hipoacusia por el ruido)” (Enfermera, 46 años.)*

Los sonidos provenientes del teléfono y del timbre de la puerta ocasionan la necesidad de dejar de lado las labores asistenciales para prestarles atención, demandando una función extra en el día a día. Enfermeras y técnicas, que experimentan distintos niveles de las dimensiones del síndrome, perciben al ruido como un potente estresor. Por lo tanto, éste factor parece ser una preocupación general.

### **Variables de la Organización**

Las principales problemáticas asociadas al factor organizacional descritas por el personal de enfermería de la UCIN refieren al modo en que funciona la unidad. Existe una alta demanda de atención debido a que el número de pacientes que atienden sobrepasa la oferta del hospital: *“Cuando hay sobrecarga laboral de pacientes, mas de dos pacientes delicados para una sola enfermera [...]” (Enfermera, 39 años).*

El personal se tiende a percibir poco capaz para atender a los neonatos con la calidad adecuada. La falta de personal y el exceso de pacientes se combinan generando la sobrecarga laboral. Específicamente, el personal con alto CE y baja RP señala la cantidad de procedimientos que debe realizar y la escasez de personal como un motivo de preocupación en la UCIN. Asimismo, muchas de las profesionales refieren el constante incumplimiento del

reglamento y demandan atender a los pacientes bajo condiciones adecuadas: *“Respetar los estándares enfermera-paciente”* (Enfermera, 40). *“Respetar normas de dos pacientes ventilados para una enfermera.”* (Enfermera, 39).

A pesar que el reglamento interno señala la existencia de tres tipos de personal de enfermería (enfermera, técnica, auxiliar), en la realidad solo laboran dos (enfermera, técnica). Ambas se reparten las funciones de las auxiliares así como asumen labores de tipo administrativo. Estas últimas son señaladas como aspectos que sobrecargan las tareas diarias. Una participante señala la falta de personal y propone crear un puesto destinado a la atención al público y a las tareas administrativas: *“Que contraten más enfermeras. Que la secretaria permanezca en el servicio y atienda la puerta, el teléfono y a las personas que intentan ingresar al servicio”* (Enfermera, 46 años).

Sobre el funcionamiento de la organización, las participantes también señalan los siguientes puntos de preocupación: baja remuneración, rigidez de los horarios de trabajo e insuficiencia del material en la unidad: *“Muchas veces no se cuenta con el material necesario para los procedimientos que requiere el servicio.”* (Técnica, 27 años). *“(Cambiaría) El escribir mucho, debería ser más informático. Utilización de software para los registros.”*(Enfermera, 39 años). Por último, dos participantes refieren la necesidad de un cambio en las jefaturas y mayor autonomía para el funcionamiento de las áreas de la unidad, así como en la forma en la que se lidera la UCIN.

De esa forma puede verse que tanto el ambiente como la organización, al ser variables asociadas constantemente al malestar, parecieran ser estresores que podrían facilitar el desarrollo del síndrome.

### **Variables de la Labor**

Las variables de la labor no fueron mencionadas con la misma frecuencia que las del ambiente y la organización. Éstas aluden principalmente a las características del paciente y los procedimientos que se realizan con él. Es el personal de menor edad (entre 27 y 39 años) el que las señala con mayor intensidad. Las participantes menores de 40 años se centran en las dificultades del trabajo con los pacientes en condición de alta vulnerabilidad: *“Porque es una unidad con manejo de pacientes recién nacidos en estado delicado y crítico, que tienen en riesgo la vida.”* (Enfermera, 39 años). Las participantes mayores de 40 refieren que el cuidado del paciente es una tarea más fácil debido a la experiencia: *“Todo (es fácil) porque lo conozco y es mi pasión.”* (Enfermera, 61 años). *“(Lo más fácil es) la parte asistencial [...]”* (Enfermera, 40 años)

## Variables Interpersonales

Las relaciones que se establecen entre el personal de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales, son consideradas por algunas participantes como elementos que generan malestar y potencial estrés.

En primer lugar se reconoce la necesidad de un trabajo más sensibilizado de parte de los profesionales para brindar al paciente un cuidado integral: *“Cambiaría a compañeras, que tengan más sentimientos hacia los pacientes, que venir a trabajar el fin es el paciente”* (Técnica, 45 años). Para algunas participantes la forma en que se cuida al paciente precisa cambios en cuanto al aspecto emocional: *“Que todos nos sensibilicemos con los pacientes [...]”* (Técnica, 43). *“[...] Entender todos paciente=ser integral”* (Enfermera, 37).

Es frecuente encontrar en las respuestas la dificultad para comunicar malas noticias a las familias de los pacientes, especialmente a la madre debido a que no saben cómo lidiar con las emociones que se generan: *“(Lo más difícil es) Cuando un bebé fallece porque a veces no hay la forma cómo consolar a la madre, se me hace muy difícil.”* (Técnica 45 años). *“El tener que afrontar la muerte del bebé con la familia. No aceptan la pérdida.”* (Enfermera, 49 años). Esta preocupación aparece tanto en técnicas como enfermeras que experimentan diversos niveles de CE y RP. A su vez, señalan que la sobrecarga de trabajo no permite contar con el tiempo y el espacio para una comunicación adecuada: *“[...]A veces pero cuando hay demanda de trabajo no se puede conversar”* (Enfermera, 38). *“No tenemos tiempo para conversar con los familiares”* (Enfermera, 39).

Son pocas las participantes que profundizan acerca del tipo de relación que sostienen con la familia: *“Depende, en algunas oportunidades o mayormente es comprensión, algo positivo. Pero cuando el usuario está más delicado la madre y/o padre emocionalmente está en estado de culpabilidad y son sensibles”.* (Enfermera, 49 años).

La relación entre colegas fue otro de los factores que apareció con regularidad en el discurso del personal, algunas participantes mencionan los problemas interpersonales con sus colegas como lo que cambiarían en su trabajo, enfatizando las dificultades en la comunicación: *“que tuviéramos una mejor comunicación”* (Técnica, 27 años). *“[...] Que tengan críticas constructivas y no destructivas.”* (Técnica, 43 años). Este problema se intensifica entre colegas de turnos de trabajo distintos: *“Porque hay forma y malos modos de tocar reclamos entre colegas en la entrega de turno. Hay chisme y el servicio se dividió por grupos de trabajo. Ya no somos un solo equipo.”*(Enfermera, 46 años).Lo mismo ocurre entre el personal con menos tiempo en el hospital y el de mayor antigüedad: *“Entender a las*

*personas más antiguas (es lo más difícil). Son muy renegonas y perfeccionistas a pesar que ellas no trabajan bien.” (Enfermera, 34 años).*

De manera general, se podría decir que el clima laboral se caracteriza por un estado de tensión donde no está presente la sensación de un equipo trabajando por la misma causa. Algunas participantes, sugieren actividades para la integración y reducción de conflictos entre las profesionales: *“Salir más en grupo” (Enfermera, 34 años). “Programa de entretenimiento mínimo uno por mes (reuniones confraternidad, gimnasia, etc)” (Enfermera, 52 años);* o para mejorar habilidades sociales: *“[...] Talleres de relaciones Interpersonales [...]” (Enfermera, 32 años).* Asimismo, se advierte sobre la necesidad de espacios de interacción distintos al hospital que no solo contribuyan a la mejora de las relaciones entre colegas sino también al descanso y el relajó.

Por último, la relación con los médicos parece no ser un factor que les genera estrés ya que la mayoría de las participantes la describieron como buena: *“La relación con los médicos bien. Trabajamos en equipo.” (Técnica, 47 años). “Es con mucho respeto” (Enfermera, 39 años).* Solo se encontraron algunas respuestas que evidencian cómo en algunas circunstancias la relación con los médicos podría ser un estresor: *“[...] Puede ser estresante cuando hay ingresos” (Enfermera, 32 años). “Es buena, según los caracteres individuales de cada uno, algunos son tranquilos y otros coléricos frente a la atención de emergencia.” (Enfermera, 39 años).* Finalmente, el personal atribuye la relación positiva con ellos a que se trabaja en equipo y se conocen con claridad los roles: *“Es buena (la relación con los médicos), se puede coordinar trabajo en equipo” (Enfermera, 38 años). “De respeto; cada uno sabe cuáles son sus funciones.” (Enfermera, 49 años).*

Las respuestas del personal indican entonces que las dificultades del ámbito interpersonal se concentran principalmente al interior del grupo de participantes.

### **Variables Personales**

Las variables personales aluden a las características sobre la forma de ser así como a situaciones individuales y particulares. Las participantes refieren características de personalidad que pueden incrementar o disminuir la percepción de estrés en su trabajo: *“Su seguridad en el actuar” (Enfermera, 61 años),* por su *“Personalidad y temperamento” (Enfermera, 55 años), “Paciencia” (Técnica, 27 años).* En cuanto a las situaciones que vive cada sujeto se resaltan los problemas personales, generalmente familiares o causados por un segundo trabajo: *“(Existe estrés) Porque a veces vienen con problemas de su casa” (Técnica, 43 años), “(Existe estrés) Porque a veces muchas de nosotras trabajamos en otro lugar, a*

*veces hay problemas familiares.” (Técnica, 47 años). Estos se señalan como aquellos que tienen más impacto en su desempeño laboral: “Pienso que para reducir el estrés, el personal tiene que dejar los problemas afuera porque a veces vienen con problemas familiares y más la presión del servicio se estresan.” (Técnica, 43 años)*

En conclusión, el personal de enfermería de la UCIN considera a las variables del ambiente y organización, referentes al marco en el que se insertan sus labores diarias, como los principales problemas y que las afectan con mayor intensidad. La labor, las relaciones interpersonales y las variables personales son factores que generan también generan malestar pero en menor medida.



## Discusión

Laborar como personal de enfermería implica responsabilidades físicas, psicológicas y sociales; significa ser el encargado directo del cuidado del paciente así como de su familia, brindándole atención continua para cuidar su bienestar integral. De esa manera, tanto enfermeras como técnicas de enfermería se encuentran en contacto permanente con situaciones altamente estresantes que pueden ocasionarles malestar; haciéndolas vulnerables a desarrollar malestares físicos y psicológicos que tienen repercusiones a nivel social (Gil-Monte, 2003; Jofré y Valenzuela, 2005).

En el presente capítulo se discuten los hallazgos de la investigación para responder al objetivo de explorar la existencia de *burnout* así como las condiciones laborales en un grupo de enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales.

Es necesario empezar la discusión señalando que casi la totalidad del personal de enfermería laborando en la UCIN opina que existe estrés en la unidad, coincidiendo con diversas investigaciones donde se halló una alta probabilidad de este personal a desarrollar sintomatología propia del estrés (Coronado, 2006; Dávalos, 2005; Henríquez, 2008; Marshall y Kasman, 1980; Mercado, 2006; Tello, 2010). No es posible determinar la presencia del síndrome debido a la baja confiabilidad de la dimensión de despersonalización. No obstante, los niveles medios de cansancio emocional así como los bajos niveles de realización personal encontrados, nos sugiere la existencia de despersonalización en algunas participantes, siendo entonces vulnerables a desarrollar el síndrome (De los Ríos et al., 2007; Morales, 2007).

La baja confiabilidad de la despersonalización constituye un hallazgo relevante, por lo cual se considera oportuno el análisis de los reactivos que la conforman, para una mejor comprensión del trabajo de las participantes. De esa forma, es necesario mencionar que la escala, la cual se compone de cinco reactivos, manifiesta correlaciones ítem-test no significativas para todos los ítems (Ver Anexo D). No obstante, dos de ellos muestran una correlación más cercana al cero por lo cual se sugiere su eliminación de la escala: el ítem 15 “*No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio*” y el ítem 22 “*Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas*”. En ellos no se observa un patrón en la distribución de las respuestas, posiblemente porque algunas participantes son capaces de admitir que éstas actitudes y pensamientos no les son ajenos mientras que otras no. En contraste, para el ítem 5 “*Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales*”, ítem 10, “*Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión*”, e ítem 11 “*Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté*

*endureciendo emocionalmente*”; las respuestas fueron en su mayoría *nunca* o *pocas veces al año*, ya que pueden haber resultado amenazantes y por ende propiciado una reacción defensiva. Para el personal de la UCIN podría resultar abrumador reconocer que se trata a los demás como objetos, que se han vuelto insensibles y que se están endureciendo emocionalmente; especialmente al trabajar con seres tan indefensos como los neonatos. La culpa podría verse agravada por el altruismo que caracteriza a las enfermeras para realizar sus labores (Tello, 2010). Reconocer conductas despersonalizadas con bebés en riesgo de muerte podría significar que además de su autoestima profesional, su valoración como mujer sea cuestionada, al estar el cuidado de un bebé ligado a la función femenina.

Las labores del personal de enfermería de la UCIN son distintas a las de otras UCI debido principalmente a las características del paciente. La adaptación del instrumento en nuestro contexto no ha sido realizada con población que trabaja en cuidados intensivos neonatales, por lo cual es posible que los ítems no se adapten a sus características particulares. Asimismo, se debe tomar en cuenta la homogeneidad de la población y el tamaño de la misma. Las 28 participantes presentan características sociodemográficas y laborales muy similares, esto posiblemente dificulte la capacidad de los reactivos de discriminar diferencias entre ellas.

En las respuestas del personal se hallaron cinco variables asociadas a la percepción de estrés en la UCIN: el ambiente, la organización, la labor, las relaciones interpersonales y factores propios del individuo, como explican Aranda et al. (2004) y Rodríguez et al. (2011) en sus investigaciones acerca del síndrome de *burnout* y factores asociados.

El ambiente y la organización son variables relacionadas a las dificultades percibidas por el personal en su entorno de trabajo, por lo cual ambas generan malestar y facilitan que el personal sienta que está dando más de lo que recibe. El ambiente hace referencia a lo concreto, las características del espacio donde laboran; mientras que la organización hace referencia al clima organizacional, el cual refleja las políticas de trabajo del hospital.

Para las enfermeras y técnicas que trabajan en la UCIN, estas variables contienen: bajo sueldo, rigidez en los horarios, falta de personal, exceso de pacientes, ambigüedad en el rol, relaciones interpersonales conflictivas, falta de material, hacinamiento y ambiente físico descrito como incómodo, desordenado y peligroso. Posiblemente perciban una ausencia de preocupación por su bienestar, y su integridad física y psicológica debido a las condiciones en las que trabajan. Toda esta información tiene una connotación negativa por lo que las participantes podrían estar experimentando diversas emociones negativas y altos niveles de

estrés. Esto requeriría una intervención dirigida a prevenir los efectos del estrés (Aranda et al., 2004) y a mejorar sus condiciones de trabajo.

De esta forma se puede ver que su principal preocupación gira en torno a las variables que conforman el “marco” donde se desenvuelven laboralmente. Este parece ser visto como un obstáculo para su crecimiento tanto profesional como personal debido a que no se encuentran en la posibilidad de cambiarlo. Los efectos negativos se intensifican con la percepción del personal de no tener poder para controlar dicha problemática, facilitando la aparición de desmotivación, frustración e impotencia que podrían desencadenar la desesperanza (De los Ríos et al., 2007, Marshall y Kasman, 1980; Rodríguez et al., 2011). La percepción de falta de control también parece darse con respecto a las diversas tareas que realizan por no contar con más personal: labores asistenciales, de limpieza, administrativas y de atención al público. De esa forma, la sensación de falta de control sobre las condiciones laborales, podría estar agudizando el cansancio emocional y exponiéndolas a la experimentación del estrés (Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, 2006; Marshall y Kasman, 1980, Theorell y Karasek, 1996 citado en Loli et al., 2008).

Las participantes mencionan frecuentemente la existencia de sobrecarga laboral, la cual constituye un factor crucial en el desarrollo del síndrome y facilita que el personal se sienta agotado y despliegue conductas de despersonalización (Rodríguez et al., 2011). La carencia de personal de enfermería parece estar contribuyendo a la sobrecarga puesto que el personal asume labores extra, intensificando la fatiga e irritabilidad. Asimismo, el cambio continuo de tareas que realizan contribuye a la sensación de ambigüedad en el rol, lo cual para Gil-Monte y Peiró (1997 citado en Aranda, 2004) disminuye la realización personal, aumenta el cansancio emocional y la despersonalización; repercutiendo en la calidad del cuidado que se le brinda al bebé y en la atención a la familia en un momento de crisis familiar.

De esa forma se evidencia como el entorno en el que realizan sus labores tiene un rol decisivo en el origen y curso de la sintomatología. Tanto la organización como el ambiente podrían ser las problemáticas con mayor incidencia en la aparición del estrés en la UCIN, el cual se caracteriza por una alta incidencia de cansancio emocional (Rodríguez et al., 2011).

Cabe señalar que el sexo de las participantes podría relacionarse a la presencia del cansancio emocional en la población, debido a que son las mujeres las que se muestran más vulnerables a tener esta dimensión afectada. El doble rol protagónico, en el trabajo y en casa, las predispone al agotamiento emocional con mayor facilidad que a los hombres, los cuales tienden a puntuar más alto en la escala de despersonalización (Maslach et al., 2001 citado en

Purvanova y Muros, 2010; Rodríguez et al., 2011). Las participantes mencionan que los problemas de la casa pueden ser asuntos de preocupación en el trabajo, especialmente cuando estos provienen de la relación con sus hijos. El ser mujeres con pareja e hijos les brinda una red de soporte, pero también una fuente de conflictos que les genera preocupación.

En la misma línea, la teoría de rol de género señala que la expresión de emociones es mayor en las mujeres que en los hombres ya que en ellas es socialmente aceptado, a diferencia de la despersonalización (Eagly, 1987; Eagly y Wood, 1982 citado en Purvanova y Muros, 2010). Esto coincide con el hecho de que es posible que muchas hayan reaccionado defensivamente a los ítems de la despersonalización que representan la dimensión conductual del *burnout*; mientras que ante preguntas abiertas como las del cuestionario posiblemente fueron capaces de responder sin sentirse tan amenazadas. Existen participantes que expresan la necesidad de desempeñar una labor más sensibilizada con los bebés, ya que admiten que muchas veces la atención no apunta al bienestar integral del paciente. Preocuparse por brindar un trato adecuado a los bebés a pesar de las condiciones de trabajo, es un recurso valioso con el cual debe trabajarse de inmediato. De no atender a ese reclamo, la persona puede perder la motivación y continuar intensificando la despersonalización.

Adicionalmente, según el modelo secuencial de componentes del síndrome, elaborado por Leiter y Maslach (citado en Tavera, 2010), el cansancio emocional es el primer paso para desarrollar la sintomatología propia del síndrome. Por lo tanto sería necesario tomar en cuenta a esta población para trabajo de prevención al haber hallado niveles medios y altos de CE en las participantes.

Uno de los principales hallazgos de la presente investigación consiste en la asociación negativa entre la edad y la dimensión de cansancio emocional. Esto coincide con investigaciones internacionales en las cuales se halla una correlación negativa entre edad y cansancio emocional, así como la tendencia del síndrome a decrecer con la edad (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001 citado en Ahola, Honkonen, Virtanen, Aromaa y Lönnqvist, 2008). Al respecto Broufenbrenner (1979 citado en Rodríguez et al., 2011) señala cómo éste síndrome se desarrolla frecuentemente en el personal de menor edad con menos tiempo laborando. Para el autor, el personal con menos experiencia no cuenta con los recursos necesarios para afrontar los conflictos emocionales propios de la profesión.

El personal que se incorpora a la labor suele poseer expectativas idealistas de cómo debería ser su vida laboral así como altas expectativas de control; las cuales conllevan a mayor vulnerabilidad cuando se contrastan con la realidad (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg y Rolniak, 2007). Cuando las expectativas no se cumplen, la motivación se ve

comprometida y con ella el bienestar general (Aranda et al., 2004). Diversas investigaciones señalan que a menor tiempo de experiencia laborando en la unidad (menos de dos años) mayor es la probabilidad del desarrollo del síndrome, mientras que con un período prologando (más de diez años) decrece la probabilidad (Atance, 1997 citado en Aranda et al., 2004).

Para el personal de menor edad la variable labor representó una dificultad especialmente intensa. Ellas señalan la dificultad que les significa trabajar con recién nacidos en ese estado de fragilidad (Zaldúa y Lodieu, 1992). Es posible que la falta de experiencia influya en que las tareas asistenciales aún les causen incomodidad y malestar; mientras que el personal con más años laborando puede haber encontrado formas de realizarlas sin malestar. De esa forma, el personal más joven y con menos experiencia podría estar utilizando afrontamiento centrado en el problema tratando de cambiar la situación en la que se encuentra el bebé; esforzándose para realizar los cuidados con la expectativa de cambiar su estado de salud y contar con un pronóstico positivo. En contraste, el personal de mayor edad y con más años de experiencia podría recurrir también a un afrontamiento centrado en la emoción, de modo que ante situaciones estresantes sus esfuerzos se dirigen a regular la emoción para poder realizar sus labores de manera cotidiana sin realizar esfuerzos que les signifiquen fatiga emocional y frustración (Papalia, Wendkos y Duski, 2011).

Las enfermeras de menor edad laborando en UCIN no solo han tenido menos tiempo en el trabajo sino que además se encuentran en el período de adultez temprana la cual comprende las edades entre 20 y 40 años aproximadamente. Generalmente, en esta etapa del desarrollo las personas tienen grandes expectativas respecto al trabajo y las metas que desean alcanzar. Uno de sus principales objetivos es la inserción exitosa a la vida laboral, lo cual ubica al trabajo como un eje vital. Agulló (1998) señala que la identidad en la adultez se constituye en gran medida por el desempeño que se tiene en el trabajo. De esa forma, laborar en una profesión muy demandante que toma lugar en un ambiente inadecuado, con un clima laboral pesado y donde el profesional no se siente reconocido ni valorado, puede tener como consecuencia que el núcleo de la vida tienda a ser negativo, lo cual a su vez puede repercutir a nivel físico, mental y emocional.

Por esa razón, Tello (2010) menciona la necesidad de identificar los elementos del contexto laboral que juegan un rol en el desarrollo del estrés junto con las expectativas del personal acerca de su labor, de modo que se pueda realizar una comparación entre ambas y así planificar estrategias que faciliten una interacción equilibrada entre ambos factores con la

intención de atenuar las consecuencias negativas que se presentan en el personal, especialmente en aquellas profesionales y técnicas con menos experiencia.

Las preocupaciones sobre el entorno laboral podrían dificultar que el personal centre su atención y sus esfuerzos integralmente a la atención del paciente y de su familia. Asimismo, al no tomar en cuenta las demandas del personal, éste podría asumir una actitud pasiva, tomando la costumbre de señalar al entorno como el responsable de todos los problemas y por ende como el único factor que debe modificarse con el objetivo de mejorar la atención. Esto podría repercutir en una mayor incidencia del síndrome en la población, dado que asumen una postura pasiva ante las dificultades en vez de resolver problemas con proactividad.

El paciente en la UCIN es un neonato en estado crítico, frágil y en total dependencia del personal que lo atiende, por lo cual la responsabilidad del personal se intensifica. La vulnerabilidad del neonato, sumada a su falta de comunicación y su completa dependencia, podrían tener un efecto inhibitor en las enfermeras y técnicas, las cuales posiblemente censuran su frustración y no la manifiestan con ellos. De esa forma, la aparente ausencia de despersonalización podría estar relacionada con la postergación de los sentimientos negativos del personal ante la presencia de un paciente en estado muy crítico (Marrero, 2004; Santos, 1993).

Es en este contexto que posiblemente la descarga de emociones negativas con las compañeras de trabajo se vuelve una alternativa, ocasionando tensión en las relaciones. La imagen que se tiene del personal de enfermería es de infalibilidad y reciedumbre, se las considera personas con capacidad de manejo de cualquier tipo de crisis (Tello, 2010). Por esa razón, la descarga podría ser redirigida hacia las compañeras por considerarlas capaces de tolerarlo a diferencia de un bebé en riesgo de muerte. El personal sugiere actividades de entretenimiento y confraternidad que ayuden a mejorar el clima, así como talleres y capacitaciones para poder realizar mejor sus labores y brindar un servicio de calidad a los pacientes y sus familias (Gil-Monte, 2003; Marrero, 2003; Morales, 2007; Rivera, 2007; Rodríguez et al., 2011).

Por todo lo anterior se concluye que el contexto físico y organizacional podría ser la plataforma que facilita que el personal se sienta cansado y posea un autoconcepto laboral negativo (Rodríguez et al., 2011). La falta de control sobre su entorno, representado en el ambiente y la organización parece generarles frustración, agotamiento emocional y sentimientos de inadecuación. En ese sentido, dichas variables podrían jugar un rol primordial en la experimentación del estrés y en el desarrollo del síndrome de *burnout*. Otras variables,

como las que refieren a la labor y a aspectos interpersonales, pueden ser fuente de malestar pero no necesariamente considerarse como decisivas para la experimentación de estrés laboral. Esto podría estar relacionado a que tanto las variables de la labor como las relaciones interpersonales y factores personales, son más posibles de controlar, pudiendo ser modificadas a través de acciones individuales. En contraste, para el ambiente y organización la persona no cuenta con la posibilidad de transformar el entorno y adecuarlo a sus necesidades.

Adicionalmente, la edad juega un rol en la experimentación del síndrome dado que a menor edad mayor cansancio emocional. La relación inversa entre ambas variables podría asociarse a los efectos que tiene en las más jóvenes el trabajo con pacientes en estado extremo de vulnerabilidad, así como las expectativas de mayor control y las estrategias de afrontamiento inadecuadas en algunos casos.

Una limitación importante de la presente investigación fue la baja confiabilidad de la escala despersonalización, la cual no permitió determinar la presencia del síndrome, ni sus niveles de riesgo. De esa manera, el Maslach Burnout Inventory es posiblemente un instrumento de medición con utilidad limitada en la UCIN, principalmente por la dificultad para captar actitudes negativas que podrían desplegar frente a los destinatarios del servicio, las cuales son difíciles de admitir a causa del deseo de presentar una mejor imagen de sí mismas. Asimismo, es importante reconsiderar la aplicación de los instrumentos en horas de trabajo, situación que no permitió una inmersión en la tarea sin estímulos distractores.

Adicionalmente, se sugiere considerar en el cuestionario laboral para futuras investigaciones, preguntas que aludan tanto a la vivencia de las dimensiones del síndrome como del estrés en general. Dichas preguntas permitirán la extracción de conclusiones más precisas acerca de la percepción de estrés que tiene el personal de la UCIN y sobre las escalas y desarrollo del *burnout*. De igual forma, considerar preguntas que aludan a las consecuencias del estrés percibidas por las enfermeras y técnicas, con miras al diseño de planes de intervención que apunten a aliviar necesidades concretas del personal. Finalmente, considerar las expectativas que posee el personal acerca de su trabajo podría contribuir a la detección de personas en riesgo de desarrollar el síndrome con el objetivo de realizar intervenciones tempranas para su prevención.

Merighi et al. (2004), Coronado (2006) y Tello (2010) entre otros autores, señalan la importancia de realizar estudios cualitativos con la población asistencial y su forma de experimentar los diversos aspectos de su profesión. Para esto conviene replantear la

utilización del MBI como instrumento principal, siendo más conveniente recurrir a entrevistas a profundidad para obtener mayor información sobre la vivencia subjetiva del trabajo.

El trabajo preventivo es indispensable con el personal de enfermería laborando en las UCIN. A nivel individual, se recomienda la elaboración y ejecución de un plan para el desarrollo de estrategias de afrontamiento exitosas y flexibles, competencias para incrementar la sensación de control y resolución de conflictos. A nivel grupal, talleres y capacitaciones que busquen afianzar las competencias interpersonales, así como ofrecer espacios de intercambio de experiencias y fortalecimientos de lazos. Finalmente, y no menos importantes, actividades recreativas con el fin de relajar y entretener, fomentando un clima de trabajo agradable y favoreciendo estilos de vida saludables (Rodríguez et al., 2011).

Es importante que las recomendaciones se acompañen de cambios concretos en el ambiente, el cumplimiento de los lineamientos éticos y el respeto a los estándares de atención a los pacientes (Aranda et al., 2004). Sería beneficioso para el personal contar con un espacio de descanso que se utilice para la satisfacción de sus necesidades de higiene, alimentación, reposo y distracción y evitar en ese sentido su postergación. Asimismo, un espacio destinado a almacenar material, fomentando el orden y disminuyendo el riesgo laboral en la unidad. Adicionalmente, la propuesta de emplear a una persona que se encargue de la atención de la puerta y el teléfono, contribuiría significativamente al bienestar del personal, aliviando no solo la sobrecarga, sino el problema del ruido, el cambio en las tareas y la ambigüedad del rol.

Al implementar mejoras en las condiciones de trabajo es posible que el personal disminuya el cansancio propio de la sobrecarga del ambiente y las labores y aumente su autovaloración, sintiéndose protegido también por su institución. Esto repercutirá probablemente en que posean mayor y mejor disposición para cuidar al paciente y su familia, mientras se cuida también su salud física y emocional.

## Referencias

- Agulló, E. (1998). La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: Una aproximación psicosocial. *Psicothema*, 10(1), 153-165.
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2008) Burnout in relation to age in the adult working population. *Journal of Occupational Health*, 50 (4), 362-365.
- Alcala, R. (2008). *Nivel de Afrontamiento relacionado a situaciones de estrés laboral de las Enfermeras que trabajan en áreas críticas del Hospital II Vitarte Essalud: Noviembre-Diciembre 2008*. (Tesis inédita para optar por el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres). UNMSM, Lima.
- Aliaga, D. (2012). *Burnout y bienestar psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. Tesis inédita de Licenciatura). PUCP, Lima.
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. y Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigaciones en Salud*, IV (1), 28-34.
- Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (2006). En *Estrés Laboral en Enfermería: Hacia un lugar de trabajo más saludable*. Recuperado de <https://secure.anecipn.org/ficheros.php>
- Avery, C., Fletcher, M. y MacDonald, M. (2001). *Neonatología: Fisiopatología y manejo del recién nacido*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Blanca, J., Blanco, A., Luque, M. y Ramírez, M. (2008) Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 12, 1-14.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del burnout, qué es y cómo superarlo*. Madrid: Paidós.
- Browning, L., Ryan, C., Thomas, S., Greenberg, M. y Rolniak, S. (2007) Nursing Specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 248-254.

- Córdoba, L., Tamayo, J., Gonzales, M., Martínez, M., Rosales, A. y Barbato, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services in Cali, Colombia. *Colombia Médica* 42(3), 286-293.
- Coronado, L. (2006). *Factores Laborales y Niveles de Estrés Laboral en enfermeros en los Servicios de Áreas Críticas y Medicina del Hospital Nacional A. Carrión*. (Tesis inédita de Licenciatura). UNMSM, Lima.
- Dávalos, H. (2005) *Nivel de Estrés Laboral en las Enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa*. (Tesis inédita de Licenciatura). UNMSM, Lima.
- De los Ríos, J., Barrios, P., Ocampo, M. y Ávila, T. (2007) Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(5), 493-502.
- Díaz, N., Castro, M., Mendo, T. y Vásquez, C. (2006). Factores demográficos y Síndrome de Burnout en Practicantes de Enfermería y Psicología. *Revista de Psicología*, 9, 29-39.
- Gamonal, Y., García, C. y Silva, Z. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista de enfermería Herediana*, 01(1) 33-39.
- García, J., Herrero, S., y León, J. (2007) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25 (2), 157-174.
- Gil-Monte, P. (2003) El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1(1), 19-33
- Henríquez, D. (2008). *Niveles de estrés laboral de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-MINSA: noviembre-diciembre, Lima-Perú*. (Tesis inédita para optar por el Título de Especialista en Cuidados Intensivos). UNMSM, Lima.

- Hernández, G., Kimelman, M. y Montino, O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1283-1289. doi: 10.4067/S0034-98872000001100015.
- Ibarra, A. (2007). El Servicio de Neonatología. *Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*.
- Izzedin-Bouquet, R. (2011) El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 25(3), 188-190.
- Jélvez, C., Ibañez, J., y Olivares, V. (2011). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services en profesionales chilenos. *Revista Ciencia y Trabajo* 13(41), 176-180
- Jennings, B. (2008). Work Stress and Burnout among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. En Hughes, R. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Extraído de internet el día 24 de Abril del 2012, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jofré, V. y Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichán*, 5(1), 56-63.
- Llaja, V. (2002). Síndrome de burnout en el departamento de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSALUD. *Cultura*, 20(16), 267-303.
- Llaja, V., Sarría, C. y García, P. (2007) MBI Inventario “Burnout de Maslach” & Jackson: Muestra Peruana. Lima: Centro Interdisciplinario en Neuropsicología.
- Loli, A., Arias, F., Alarcón, J. y Loli, R. (2008) Agotamiento laboral en profesionales de salud de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 93-119
- López, C., Zegarra, A. y Cuba, V. (2006). Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1) 53-61.
- Marrero, M. (2003). Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de Neonatología de Ciudad Habana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 4(1-2), 33-38

- Marrero, M (2004). ¿Está presente el Síndrome de Burnout en los Servicios de Neonatología?. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 5(2), 60-62.
- Marshall, R. y Kasman, C.(1980). Burnout in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 65(6), 1161-1165.
- Méndez, P., Martínez, M. y Bermúdez, J. (2007) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en recién nacidos prematuros. *Acta Universitaria*, 17(1), 46-51.
- Merighi, M., Jesus, M., Santin, K. y Oliveira, D. (2011). Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(6), 1-7.
- Mercado, G. (2006) *Nivel de Estrés Laboral de las Enfermeras del Hospital Nacional Dos de Mayo* (Tesis inédita de Licenciatura). UNMSM, Lima. Morales, C. (2007) *Nivel de Estrés Laboral de las Enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño*. (Tesis inédita de Licenciatura). UNMSM, Lima.
- Ocaña, M. (1998) Síndrome de adaptación general: La naturaleza de los estímulos estresantes. *Escuela Abierta*, 2, 41-50.
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. (2005). *Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”*. Ministerio de Salud: Lima. Recuperado de: [http://www.sanbartolome.gob.pe/Transparencia/Publicacion2008/Doc\\_Gestion/gestion\\_pdf\\_08/Manual%20de%20Organizacion%20y%20Funciones.pdf](http://www.sanbartolome.gob.pe/Transparencia/Publicacion2008/Doc_Gestion/gestion_pdf_08/Manual%20de%20Organizacion%20y%20Funciones.pdf)
- Purvanova, R. y Muros, J. (2010) Gender Differences in Burnout: a Meta-Analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168-185.
- Papalia, D.; Wendkos, S.,y Duski, R. (2011) *Desarrollo Humano*. México: Ediciones McGraw-Hill.
- Pérez, R. (2006, 28 de noviembre) Padres al lado de la incubadora. *El país*. Recuperado de: [http://elpais.com/diario/2006/11/28/salud/1164668401\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2006/11/28/salud/1164668401_850215.html)

- Rivera, J. (2007). Estrés Laboral. *Boletín del Colegio Mexicano de Anestesiología*, 2(2).  
Recuperado de:  
<http://www.comexan.com.mx/boletin/abr-may-jun-07/6.pdf>
- Rodríguez, A., Cruz, M. y Merino, J. (2008) Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85. doi:10.4067/S0717-95532008000200010.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. y Pinzón, J. (2011) Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre del 2010. Recuperado de:  
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2389/1/52931143-1.pdf>
- Santos, C. (1993) Prevención de los Trastorno Psíquicos del Puerperio y de sus repercusiones sobre las funciones maternas. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15/16, 21-46.
- Tapia, T., Ávalos, M., César, R., Franco, R., Gómez, A. y Rodríguez, O. (2009) Síndrome de Burnout en enfermeras de un hospital regional. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(1), 31-38.
- Tavera, M. (2010) Burnout en médicos oncólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (Tesis inédita de Licenciatura). PUCP, Lima.
- Tello, J. (2010) Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. (Tesis inédita de Licenciatura) UNMSN, Lima.
- Tuesca-Molina, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G. y Vergara, D. (2006) Síndrome de Desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 84-91.
- Zaldúa, G. y Lodieu, M. (1999) Dilemas éticos relacionados con el Síndrome de Burnout. *Revista de Investigación en Salud*, 2(1-2).



**ANEXOS**

## Anexo A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación es conducido por la alumna Cristina Cáceres Paredes, quien pertenece a la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El estudio tiene como objetivo conocer el nivel de estrés laboral, así como las características demográficas y laborales implicadas en su aparición; en el personal de enfermería del Servicio de Cuidados Críticos del Neonato del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

La participación en la investigación es voluntaria y la información que se recoja será confidencial, usándose estrictamente para propósitos del estudio. Las respuestas serán codificadas con una cifra de modo que se guarde el anonimato.

Se encuentra en libertad de realizar preguntas durante su participación. De la misma forma, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso la perjudique, teniendo derecho a responder si siente alguna incomodidad.

Agradecemos su participación.

## Anexo B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA
 Labor:  Enfermera  Técnica de enfermería

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

 Estado Civil:  soltera  casada  conyugue

 divorciada  separada  viuda 

Número de hijos \_\_\_\_\_ Número de días de trabajo en la semana \_\_\_\_\_

Años de trabajo: En el Hospital San Bartolomé \_\_\_\_\_

En Cuidados Críticos Neonatales \_\_\_\_\_

Horas de trabajo al día \_\_\_\_\_ Número de guardias a la semana \_\_\_\_\_

¿De cuántos pacientes se hace cargo al día aproximadamente? \_\_\_\_\_

 Facilidad para elección de los turnos:  si  no

Lugar de descanso en el trabajo \_\_\_\_\_ Tiempo de descanso en el trabajo \_\_\_\_\_

 ¿Está conforme con el ambiente físico en el cual labora? si  no 

¿Qué cambio haría en él? \_\_\_\_\_

 ¿Está satisfecha con el sueldo que recibe? si  no 

 ¿Desempeña usted otra actividad remunerada? si  no 

Especifique cuál: \_\_\_\_\_

 ¿Sufre usted de alguna enfermedad si  no  cuál? \_\_\_\_\_

## Anexo C

### CUESTIONARIO LABORAL

El estrés laboral constituye la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. Se define como las reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador.

¿Considera que existe estrés laboral en las enfermeras en el servicio de cuidados críticos del neonato? ¿Por qué?

---

---

---

¿Qué considera lo más fácil de su trabajo? ¿Por qué?

---

---

¿Cómo es la relación con los médicos?

---

---

¿Cómo es la relación con la familia de sus pacientes?

---

---

---

¿Qué es lo que resulta más difícil de su trabajo? ¿Por qué?

---

---

---

¿Qué sugeriría para reducir los niveles de estrés en las enfermeras de cuidados críticos del neonato?

---

---

## Anexo D

## Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del MBI

	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento		Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento
<b>Cansancio Emocional <math>\alpha = 0,79</math></b>			<b>Realización Personal <math>\alpha = 0,59</math></b>		
B1	,692	,734	B4	,423	,534
B2	,746	,719	B7	,182 <sup>b</sup>	,617
B3	,600	,752	B9	,626	,451
B8	,646	,741	B12	,095 <sup>b</sup>	,615
B14	,518	,769	B17	,123 <sup>b</sup>	,616
B16	,338	,798	B18	,558	,473
B20	,048 <sup>b</sup>	,825	B19	,163 <sup>b</sup>	,605
			B21	,314	,566
<b>Despersonalización <math>\alpha = 0,22</math></b>					
B5	,171 <sup>b</sup>	,137			
B10	,188 <sup>b</sup>	,169			
B11	,099 <sup>b</sup>	,189			
B22	,086 <sup>b</sup>	,198			
B15	,096 <sup>b</sup>	,275			

n=28

<sup>b</sup>=Estos ítems presentan una pobre capacidad discriminativa:  $r < 0.2$