



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**BURNOUT Y SALUD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL
NACIONAL DE HUANCAYO**

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

AELYN SANTIVANEZ SANTIVANEZ

MG. MÓNICA CASSARETTO BARDALES

Asesora

LIMA, 2016

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mis padres y familia, por la fé, el apoyo y el cariño constante durante el período completo de formación universitaria y, en especial, durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mi asesora, Mónica Cassareto, por la confianza, exigencia y comprensión brindadas durante las sesiones de asesoría; pero sobre todo por aquel envidiable conocimiento y dominio en Psicología de la Salud, el cual permitió enriquecer continuamente los aportes de esta investigación.

A Alex y Rafael por el acompañamiento afectuoso durante esta experiencia de aprendizaje y, especialmente, por el empuje en aquellos momentos arduos en el surgían deseos de desertar.

Finalmente, un agradecimiento especial a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de la presente investigación, ya sea permitiendo el acceso a las instalaciones o regalando un momento de su tiempo para realizar el llenado de encuestas.

Resumen

***Burnout* y salud en profesionales de enfermería de un Hospital Nacional de Huancayo**

El presente estudio analiza la relación entre las dimensiones del *burnout* y los componentes y dimensiones de la salud en un grupo de 71 profesionales de enfermería de ambos sexos de un Hospital Nacional de Huancayo. Para ello, se empleó el Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario de salud SF-36. Los resultados mostraron que el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan inversamente con los 2 componentes de salud, observándose correlaciones grandes con el *Componente Salud Mental* y correlaciones medianas con el *Componente Salud Física*. En contraste, la realización personal solo presenta una relación positiva y mediana con el *Componente Salud Mental*. De manera específica, se encontró que el agotamiento emocional se asocia inversamente con todas las dimensiones de salud, que la despersonalización se relaciona inversamente con 7 dimensiones (*rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*), y que la realización personal se asocia directamente con solo 5 dimensiones (*salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*). Cabe señalar que las correlaciones más altas se observaron con las dimensiones que conforman el *Componente Salud Mental*. A partir de dichos resultados, se puede concluir que es probable que exista un impacto diferencial del *burnout* en la salud, viéndose especialmente afectada la salud mental y las áreas que la conforman. Asimismo, el agotamiento emocional y la despersonalización serían las dimensiones del *burnout* con mayor relación sobre la salud.

Palabras Clave: Burnout, Salud, Salud percibida, Enfermeras, Técnicas de enfermería.

Abstract

Burnout and health in nursing professionals from a National Hospital of Huancayo

This study analyzes the relationship between burnout's dimensions and health's components and health's dimensions in a group of 71 nursing professional of both sexes from a National Hospital of Huancayo. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) and the Health Questionnaire SF-36 were used. The results showed that emotional exhaustion and depersonalization are inversely related to the 2 components of health, showing large-size correlations with *Mental Health Component* and medium-size correlations with *Physical Health Component*. In contrast, personal accomplishment only had a positive and medium relationship with the *Mental Health Component*. Specifically, it was found that emotional exhaustion is inversely associated with all health's dimensions, that depersonalization is inversely related to 7 dimensions (*physical role, bodily pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health*) and that personal accomplishment is directly associated with only 5 dimensions (*general health, vitality, social function, emotional role and mental health*). It should be noted that the highest correlations were observed with dimensions that constitute the *Mental Health Component*. From these results, it can be concluded that it's probably that there is a differential burnout's impact on health, being emotional health and the areas that constitute it particularly affected. Also, emotional exhaustion and depersonalization would be the dimensions of burnout that have more health relationship.

Keywords: Burnout, Health, Self-reported health, nurses, nursing technicians.

Tabla de Contenidos

| | PG. |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MÉTODO..... | 11 |
| Participantes | 11 |
| Medición | 11 |
| Análisis de datos | 15 |
| RESULTADOS..... | 17 |
| DISCUSIÓN..... | 25 |
| REFERENCIAS..... | 35 |
| ANEXOS..... | 56 |
| A. Consentimiento informado | 56 |
| B. Ficha de datos sociodemográficos y laborales | 58 |
| C. Resultados descriptivos de la ficha de datos | 62 |
| D. Confiabilidad de las dimensiones del MBI-HSS | 64 |
| E. Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario SF-36 | 66 |

Introducción

Una de las actividades que ha sido indispensable a lo largo de la historia para la supervivencia humana ha sido la del cuidado de la salud. Esta, con el paso del tiempo, ha llegado a convertirse en una labor casi exclusiva de la profesión de enfermería (Espinosa, Zarate y Fernández, 2007), la cual tiene como principales funciones el promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (Zabalegui, 2003). Es en este contexto que las enfermeras se encuentran atravesando, cotidianamente, situaciones estresantes derivadas tanto de las demandas físicas y emocionales de los pacientes, así como también del cumplimiento de tareas individuales (Arauco, 2008; Araújo et al., 2015; Jennings, 2008; López-Soriano y Bernal, 2002; Umaña-Manchado, 2007).

A todo ello, se añaden otras dificultades producidas por características inherentes a la organización del trabajo tales como horarios rotativos, alargamientos de jornada, trabajo nocturno, ambigüedad del rol, poca participación en la toma de decisiones y conflictos entre el personal de trabajo (McVicar, 2003; Ortega y López, 2004; Wu, Zhu, Wang, Wang & Lan, 2007; Xie, Wang & Chen, 2011). Más aun, recientes investigaciones reportan que las condiciones en las que labora el personal de enfermería se caracterizan por ser deficitarias; encontrándose así un incremento en la carga laboral, falta de recursos humanos y suministros, poca seguridad laboral, y un ambiente de trabajo incómodo, ruidoso, con temperatura inadecuada y materiales de trabajo incompletos e inseguros (Cáceres, 2013; Mesa y Romero, 2010; Mingote, Moreno y Gálvez, 2004; Yao, Yao, Wang, Li & Lan, 2013).

Al respecto, algunos autores sostienen que las condiciones bajo las cuales trabajan las enfermeras constituyen un riesgo inminente para su salud (Cogollo y Gómez, 2010; Silva, Pacheco, Da Silva & Fischer, 2010; Stone, Clarke, Cimiotti & Correa-de-Araujo, 2004). Esto debido a que las exponen a diferentes tipos de factores de riesgo, tales como los biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales (Ellapen & Narsigan, 2014; Gestalt, 2001; Grazziano y Ferraz, 2010; Loli, 2000). Por tal motivo, el personal de enfermería mostraría una mayor probabilidad de presentar diversas alteraciones tales como enfermedades posturales, infecciones, procesos de sensibilización, complicaciones gestacionales, manifestaciones hepáticas, renales, neurológicas, entre otras (Acurio y Córdoba, 2015).

Siguiendo esta línea, un estudio realizado con enfermeras venezolanas reportó que la prevalencia de lumbalgias en el último año fue de 48%, encontrándose una asociación significativa con aquellas tareas que implicaban posiciones incómodas y levantamiento de peso (Borges, Maizlich y Loreto, 2004). Por otro lado, en la investigación de Briseño, Herrera, Enders y Fernández (2006), se encontró que el 60% de las enfermeras expuestas a gases anestésicos sufrió, por lo menos, un aborto espontáneo; más aún, el 90.5% de las enfermeras que manejaban drogas citostáticas presentaba sintomatología post-quimioterapia (náuseas, cefaleas y prurito en el cuerpo) hasta 24 horas después de haber manipulado dicha droga.

Se ha encontrado, de igual manera, que otra de las afecciones más frecuentes en este colectivo profesional es el estrés laboral (Adib-Hajbaghery, Khamechian & Alavi, 2012; Ito et al., 2014; Lorenz, Benatti, & Sabino, 2010; Ríos, Peñalver y Godoy; 2008; Rout, 2001). El estrés laboral hace referencia a un complejo proceso interactivo que se produce cuando se considera que las demandas laborales podrían superar o exceder las capacidades de afrontamiento (Kompier y Levi, 1995; Peiró y Salvador, 1993). En el Perú, la incidencia de este problema psicosocial se eleva a un 31.4% en el personal sanitario, siendo las técnicas de enfermería (37,2%) y las enfermeras (19,5%) los grupos profesionales más afectados (Rivero, 2007).

Entre los diferentes tipos de efectos negativos del estrés laboral, uno de los más resaltantes es el *burnout* o también conocido como síndrome del quemado o desgaste profesional (Bernaldo de Quirós y Labrador, 2008; Savio, 2008). Según Gil-Monte (2005), este fenómeno se ha convertido en un problema social-clínico bastante común; por ello, se han incrementado considerablemente las investigaciones en diferentes grupos profesionales (Argentero & Setti, 2011; Chaudhry, Khokhar, Waseem, Alvi & ul Haq, 2015; Chiller & Crisp, 2012; Matos, Winsley & Williams, 2011), siendo el personal de enfermería uno de los grupos más vulnerables a padecer dicho síndrome (Colff & Rothmann, 2014; Hayes & Bonner, 2010; Jesse, Abouljoud, Hogan & Eshelman, 2015; Melita, Cruz y Merino, 2008; Potter, 2006).

Más aun, algunos autores han señalado que las enfermeras pertenecientes a los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sería el grupo que presentaría niveles más elevados de *burnout* (Abreu, 2011; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010; Vévodová, Vévoda, Vetešníková, Kisvetrová & Chrastina, 2016). Ello debido a que, a comparación de otras áreas hospitalarias, las condiciones de trabajo de dichos servicios se

caracterizan por exhibir altos niveles de imprevisibilidad, hacinamiento, exigencia profesional y técnica; confrontándolas, además, de manera más continua a una amplia gama de enfermedades, lesiones y eventos traumáticos (Albendín et al., 2015; Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009). Así, el estudio meta-analítico de Adriaenssens, De Gucht & Maes (2015) realizado con 17 investigaciones reportó que más del 25% de las enfermeras de emergencias presentaban niveles altos en las diferentes dimensiones de *burnout*; mientras que el estudio sistemático de van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker & Nijkamp (2015), el cual incluía la recopilación de 40 estudios, mostró que la prevalencia de dicho síndrome en las enfermeras de UCI variaba de 0 a 70.1%.

En el contexto peruano, son varias las investigaciones que han analizado los niveles de *burnout* en los profesionales de enfermería (Arauco, 2008; Asmat y Lazo, 2014; Broncano, 2014; Coronado, 2006; Dávalos, 2005; Henríquez, 2008; Laguna, 2014, Mera y More, 2014; Mercado, 2006; Morales, 2007; Sabogal, Herrera y Farfán, 2015; Sevilla, 2009; Tello, 2010). De ellos, estudios como los de Aliaga (2012), Vilela (2013) y Gamonal, García y Silva (2008) concluyen que un alto porcentaje de los participantes se encuentra vulnerable a padecer *burnout* a corto plazo.

Actualmente, se entiende al *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico que surge cuando fallan las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo para manejar los estresores laborales (Cox, Tisserand & Taris, 2005; Gill-Monte, 2003; Maslach & Leiter, 2008; Torres, 2001; Yao et al., 2013). Si bien este fenómeno puede darse en cualquier oficio o profesión, se desarrolla, principalmente, en aquellos trabajadores que laboran en organizaciones de servicio y que se encuentran en contacto directo con los usuarios de dichas instituciones (Chaudhry et al., 2015; Martínez, 2010; Pruteanu & Robu, 2015). Maslach y Jackson, dos de las principales autoras que estudian el tema, han contribuido al conocimiento del síndrome ofreciendo una de las definiciones más relevantes hasta la actualidad (Arias y Gonzáles, 2009; Cañadas de la Fuente et al., 2015; Maslach, 2009). Para estas autoras, el *burnout* es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada al estrés laboral crónico y debe ser definido a través de las tres dimensiones interrelacionadas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Maslach, 2003; Maslach & Jackson; 1981; Maslach & Jackson; 1982; Maslach, Jackson & Leiter, 1986).

La dimensión de agotamiento emocional hace referencia a la percepción del trabajador de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo y se expresa a través de una pérdida progresiva de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica. Por su parte, la dimensión de despersonalización se explica como una respuesta negativa o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo, mostrándose así una falta de interés por las personas a quienes se atiende, una pérdida de la capacidad para establecer relaciones empáticas y una objetivación vulgar y superficial de los problemas. Por último, la falta de realización personal alude a la presencia de un auto-concepto negativo conformado por sentimientos de incompetencia, carencia de logros y baja productividad en el trabajo (Chaudhry et al., 2015; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández & De la Fuente, 2014; Wilkerson & Bellini, 2006).

El síndrome de *burnout* puede evidenciarse a través de un grupo de síntomas que afectan tanto al individuo como a su entorno (Gil-Monte, 2001; Jansson-Frojmark & Lindblom, 2010; Rholetter, 2013). Esos pueden ser a) síntomas físicos, expresados a través de cansancio crónico, dolores musculares, cefaleas, alteraciones en el sueño, y desórdenes respiratorios y gastrointestinales; b) síntomas emocionales, que involucran sentimientos de ansiedad, soledad, alienación, impotencia, omnipotencia e irritabilidad; c) síntomas cognitivos, evidenciados a través de una falta de control, pensamientos de incapacidad para realizar las labores, desaparición de expectativas y dificultad para tomar decisiones; d) síntomas conductuales, entre los que se encuentran el aislamiento, enfrentamientos, quejas constantes, rigidez y conductas agresivas; y finalmente e) síntomas actitudinales, representados por hostilidad, suspicacia, apatía, intolerancia, indiferencia y frialdad en el trato. Cabe señalar que, de los síntomas mencionados, las alteraciones físicas serían percibidas mayormente por el individuo que las padece, impactando así sobre su calidad de vida; mientras que los síntomas emocionales, conductuales y actitudinales serían percibidos por las personas del entorno, afectando así sus relaciones interpersonales (Bosqued, 2008; Cañadas de la Fuente, 2012; Gantiva, James y Villa, 2010).

Por otro lado, el desarrollo del síndrome de *burnout* ha sido asociado a diversos factores. Estos pueden ser agrupados en a) factores intrapersonales y b) factores profesionales y organizacionales (Aydemir & Icelli, 2013). Entre los factores intrapersonales que aluden a las características de personalidad, un estudio meta-analítico realizado con 121 artículos encontró que el *burnout* se relaciona significativamente con la autoestima, la autoeficacia, el locus de

control, la afectividad positiva y negativa, el optimismo, la resiliencia, la personalidad proactiva y la de tipo A (Alarcón et al., 2009). Más aun, existiría una relación negativa entre el *burnout* y cuatro (estabilidad emocional, extraversión, consciencia y agradabilidad) de los cinco grandes factores de la personalidad de Costa y McCrae. A su vez, otro estudio meta-analítico que recopila 36 investigaciones (Shin et al., 2014) reveló que las estrategias de afrontamiento centradas en problema funcionarían como un factor protector del *burnout*, mientras que las centradas en la emoción serían factores de riesgo.

En cuanto a los factores intrapersonales relacionados a las características sociodemográficas, se han evidenciado asociaciones entre el *burnout* y las variables de edad, sexo, estado civil, número de hijos y años de antigüedad (Cáceres, 2013; Cogollo y Gómez, 2010; Henríquez, 2008; Montero, García, Fajó & Carrasco, 2011; Quiros, 2013; Vilela 2013). En lo que refiere a las variables de edad y años de antigüedad, se ha encontrado inconsistencia en los resultados; no obstante, dos estudios meta-analíticos realizados con 18 y 15 artículos reportan que los profesionales salud de menor edad son más propensos a presentar *burnout*; siendo los trabajadores con menos años de experiencia laboral los que puntúan más alto en la dimensión de despersonalización (García y Giraldo, 2013; Lim, Kim, Kim, Yang & Lee, 2010). De manera similar sucede con la variable sexo; sin embargo, dos estudios meta-analíticos que recopilan 121 y 183 artículos concluyen que los hombres presentarían mayores niveles de despersonalización; mientras que las mujeres mostrarían un mayor agotamiento emocional (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009; Purvanova & Muros, 2010). En cuanto al estado civil y el número de hijos, los resultados son más homogéneos, reportándose así que las personas solteras y sin hijos suelen ser más propensas a desarrollar dicho síndrome (Rholetter, 2013; Vargas et al., 2014).

Cabe señalar que, si bien el *burnout* se relaciona con diversas variables intrapersonales, se ha encontrado que este síndrome se debe en mayor medida a la naturaleza del trabajo y las condiciones laborales (Alarcón, 2011; Maslach, 2009; Shirom, 2009a). De esta manera, estudios sistémicos y longitudinales evidencian una relación negativa y bidireccional entre satisfacción laboral y *burnout*, siendo las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización las asociaciones más significativas (Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte & García-Juesas, 2012; Vargas et al., 2014). Otra variable asociada es el área de servicio de pertenencia, reportándose que los profesionales que trabajan en un servicio quirúrgico (cuidados intensivos o

emergencias) presentan mayores niveles de *burnout* a comparación del personal que trabaja en otras áreas (Vargas et al., 2014). Se ha encontrado, además, que las tres dimensiones del *burnout* se relacionan negativamente con el control laboral percibido, presentando asociaciones especialmente significativas con la despersonalización y la realización personal (Leiter et al., 2013; Park, Jacob, Wagner & Baiden, 2009). Otras variables laborales que se asocian significativamente son la sobrecarga laboral (Ríos, Godoy y Sánchez, 2011), el tipo de contrato (Cañadas de la Fuente, 2012), la ambigüedad del rol (Preteanu & Robu, 2015), la nocturnidad (Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011), el escaso confort físico (Gill-Monte y Peiró, 1997) y el poco reconocimiento personal y monetario (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009).

Por otra parte, diversos autores han señalado que este fenómeno tiene un coste elevado tanto para los individuos que la padecen como para las organizaciones en las que trabajan (Rholetter, 2013; Shirom, 2009a; Vargas et al., 2014). Es así como, a nivel institucional, una alta prevalencia de *burnout* estaría asociado a un incremento en los niveles de absentismo laboral, rotación del personal, accidentes laborales, conflictos interpersonales, bajo compromiso laboral y baja productividad (Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen, & Kristensen, 2006; Gasparino, 2014; Peterson et al., 2008; Savio, 2008). Al respecto, Leiter & Maslach (2001) advierten que, si bien las consecuencias inmediatas del *burnout* impactan al ambiente laboral, las repercusiones más importantes se darían a largo plazo y afectarían, en mayor medida, de manera individual. Esto debido a que el *burnout* estaría generando un detrimento en el funcionamiento global de la persona, ya que afectaría la salud física, mental y social del empleado (Ahola et al., 2005; Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Epp, 2012; Grazziano y Ferraz, 2010; Halbesleben & Buckley, 2004; Ríos et al., 2008; Shirom, 2009b).

Al respecto, Ahola (2007) sostiene que ha sido ampliamente comprobado que la exposición continua al estrés laboral es perjudicial para la salud; y añade que es muy posible que el *burnout*, definido como una consecuencia del estrés laboral crónico, repercuta de la misma manera sobre esta. Algunos autores han señalado la probabilidad de que los mecanismos neurofisiológicos activados en el proceso normal del estrés sean también los responsables de los efectos negativos del *burnout* sobre la salud, ya que su constante activación resultaría en una carga alostática dañina (Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006; Shirom, Melamed,

Toker, Berliner & Shapira, 2005; Toker, Shirom, Shapira, Berliner & Melamed, 2005). Por su parte, Grau, Gil-Monte, García y Figueiredo (2009) manifiestan que tanto el estrés laboral como el desgaste profesional pueden incidir sobre la salud directamente, generando efectos fisiológicos y psicológicos que alteran la vitalidad del empleado. Más aún, autores como Kouvonen et al. (2007) sostienen que el impacto de ambos fenómenos sobre la salud también se puede evidenciar de manera indirecta, pues promueve la adopción de estrategias de afrontamiento nocivas para la salud e inhibe la práctica de conductas saludables.

Cabe señalar que, en los últimos años, se ha venido sugiriendo con mucho énfasis estudiar la relación de la salud con el *burnout* (Leiter & Maslach, 2001; Shirom, 2009a). Al respecto, Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) manifiestan que, a pesar de existir una sólida base teórica que sustenta el impacto del *burnout* sobre la salud, tal asociación aún no se ha investigado ampliamente y sólo se concentra en el estudio de la vinculación de ambos conceptos con patologías diagnosticadas.

En este sentido, se debe señalar que si bien la salud ha sido y es una de las más grandes preocupaciones de la humanidad (Guerreo y León, 2008); los principales esfuerzos por comprender este concepto se basan en el modelo biomédico, el cual está resultando ser insuficiente para comprender las patologías actuales, ya que su visión reduccionista limita la salud a sus aspectos biológicos y fisicoquímicos (Bircher, 2005; Montero, 2012; Romero, 2006; Vinaccia y Quiceno, 2006). Como respuesta a ello, ha surgido un modelo más integrador denominado modelo biopsicosocial, el cual entiende la salud como una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica de los aspectos físicos, psicológicos, ambientales y sociales (Hadjez, 2013; Vergara 2007). Uno de los más destacados intentos por promover este enfoque corresponde al de la Organización Mundial de la Salud, la cual la ha definido como “un estado de completo de bienestar físico, social y psicológico y no solo como la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948).

Sin embargo, a pesar de los diversos avances en la conceptualización del término, aún parece seguir evidenciándose el predominio del modelo biomédico en el ámbito práctico (Romero, 2006). Es así que, se estaría concediendo, hasta la actualidad, una mayor importancia a los factores biológicos para entender la salud, centrándose principalmente en el estudio de la enfermedad e insistiendo en el uso de métodos dirigidos a la curación y rehabilitación (Vergara,

2007). Más aún, pocos de los instrumentos utilizados para su medición estarían recogiendo la amplitud de su concepto (Sirtori, 2012).

Uno de los pocos avances en la medición más holística de la salud correspondería al concepto de salud percibida (Shirom, 2009b). Esta ha sido definida como la evaluación global que realiza una persona sobre la percepción que tiene de su estado de salud general (Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2000; DeSalvo, Bloser, Reynolds, He & Muntner, 2006; Singh-Manoux et al., 2006) y ha demostrado, en varios estudios meta-analíticos, contar con un fuerte poder predictivo sobre mortalidad y supervivencia, reflejando así su capacidad de cubrir una vasta gama de condiciones de salud (Benyamini y Idler 1999; DeSalvo et al., 2006; Idler y Benyamini, 1997).

Ahora bien, entre las investigaciones que han estudiado la relación entre *burnout* y salud percibida, se ha encontrado una asociación significativa entre ambas variables (Hätinen, Kinnunen, Pekkonen & Aro, 2004; Honkonen et al., 2006; Soderfeldt, Soderfeldt, Ohlson, Theorell & Jones, 2000). Un ejemplo de ello es el estudio de Vinokur, Pierce & Lewandowski-Romps (2009), el cual señala que existe una relación bidireccional entre salud percibida y *burnout*, siendo mayor el impacto de la primera variable sobre la segunda.

Adicionalmente a ello, se ha encontrado que, de los tres componentes del *burnout*, la dimensión de agotamiento emocional predice mejor la aparición de problemas de salud (Burke & Mikkelsen 2006; Mingote et al., 2004; Piko, 2006; Ríos et al., 2008; Shirom, 2009b). Un estudio longitudinal realizado con 11530 enfermeras españolas reportó en sus resultados que sólo la dimensión de agotamiento emocional presentaba una relación independiente y significativa con las cuatro medidas de salud física y psicológica: quejas somáticas, quejas de síntomas postraumáticos, quejas de ideación suicida y bienestar (Grau et al., 2009).

Por otro lado, existen investigaciones que, en el afán de explorar la relación existente entre *burnout* y salud, se han limitado a estudiar específicamente el impacto del *burnout* sobre la salud física, enfocándose principalmente desde una perspectiva síndrómica y patologizante (Gil-Monte, Nuñez y Selva, 2006; Honkonen et al., 2006; Melamed et al., 2006). Uno de los hallazgos principales de estas investigaciones ha sido la existencia de una relación significativa entre el desgaste profesional y las alteraciones cardiovasculares, evidenciándose además un

mayor poder predictivo del componente agotamiento emocional (Gil-Monte et al., 2006; Mingote et al., 2004; Shirom, 2009a). En el caso específico de las enfermeras, el estudio de Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez (2005) ratifica dicha relación en sus resultados y concluye que tal asociación representaría un indicador subjetivo de una primera manifestación de enfermedad cardiovascular.

Otra de las enfermedades que parece guardar una relación con el *burnout* es la diabetes tipo 2 (Shirom et al., 2005). Cabe señalar que una de las pocas investigaciones que ha estudiado dicha relación es la de Melamed et al. (2006), en la cual se ha encontrado que el desgaste profesional se asocia significativamente con un mayor riesgo de padecer diabetes, incluso después de haberse ajustado estadísticamente las variables de edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, consumo de alcohol, tiempo de ocio y actividad física. Todo ello, ha llevado a los autores a concluir que el *burnout* podría ser un factor de riesgo para la aparición de la diabetes tipo 2 en individuos aparentemente sanos.

De la misma manera, existen investigaciones que han evidenciado una asociación significativa entre el desgaste profesional y los dolores musculoesqueléticos (Grossi, Thomten, Fandino-Losada, Soares & Sundin, 2009; Honkonen et al., 2006; Jaworek, Marek, Karwowski, Andrzejczak & Genaidy, 2010; Melamed, 2009). El estudio realizado por Ahola (2007) corrobora empíricamente dicha relación y reporta que el 47% de los participantes con *burnout* severo también presentaba un trastorno musculoesquelético.

Cabe señalar que, al igual que las investigaciones que han estudiado el impacto del *burnout* en la salud física, existen otras que se han limitado a examinar el impacto del *burnout* en la salud mental, enfocándose también desde una perspectiva patologizante (Acurio y Córdoba, 2015; Bernaldo de Quirós y Labrador, 2008; Perales, Chue, Padilla y Barahona, 2011, Ríos et al., 2011). De estos estudios, la mayoría de investigaciones ha evidenciado una relación significativa entre el desgaste profesional y la sintomatología depresiva y ansiosa (Ahola, 2007; Bernaldo de Quirós y Labrador, 2008; Bianchi, Sam & Laurent; 2015; Perales et al., 2011). Más aun, un estudio longitudinal realizado con 4356 participantes encontró que los trabajadores que presentaban aumentos en los niveles de *burnout* eran más propensos a utilizar medicación psicotrópica, especialmente antidepresivos (Leiter et al., 2013). En el caso específico de las enfermeras, la investigación de Acurio y Córdoba (2015) también reporta una

relación significativa entre dichas variables, pese a que solo el 9% de las enfermeras con *burnout* presenta, a su vez, sintomatología depresiva y ansiosa.

La mayoría de las investigaciones mencionadas presentan una definición limitada del término salud. Así, se puede apreciar que las definiciones utilizadas en dichos estudios no engloban las particularidades del concepto ni sus dimensiones; quedándose muchas veces en una perspectiva patologizante de la salud y utilizando instrumentos de medición que recogen únicamente preocupaciones psicosomáticas o manifestaciones sindrómicas para evaluar la percepción de salud. Más aun, algunas investigaciones dan por sentado el entendimiento de dicho concepto, por lo que terminan obviando su definición y centrándose en describir la relación entre ambas variables. Todo ello ha generado que el estudio de la relación entre el *burnout* y la salud se restrinja, mayormente, a una investigación con un enfoque biomédico y/o cartesiano.

Se hace necesario, entonces, la realización de una mayor cantidad de investigaciones que puedan estudiar el impacto del *burnout* en la salud desde un enfoque más integral de la misma, tal como lo hace el enfoque biopsicosocial. Además ello, se necesita que dichos estudios incorporen en su método de medición instrumentos que recojan las particularidades y dimensiones del concepto de salud, lo cual permitiría estudiar la posible existencia de un efecto diferencial en cada componente de la misma. Por otro lado, comprender la complejidad de la relación entre *burnout* y salud, aportará, también, a obtener un conocimiento beneficioso para la apropiada elaboración de programas de intervención, ya que permitiría saber en qué áreas se necesita mayor injerencia.

De esta manera, la presente investigación tiene como propósito principal estudiar la relación entre las dimensiones del *burnout* y las de salud en un grupo de profesionales de enfermería de las unidades de Cuidados Intensivos y Emergencias de un Hospital Nacional de Huancayo. Como objetivos específicos, se pretende describir los indicadores de salud, así como los niveles de *burnout* y sus dimensiones en los participantes; examinando además las posibles relaciones entre estas dos variables y las características laborales y sociodemográficas de dicho grupo. Para ello, se aplicaron dos instrumentos psicométricos en un solo momento del tiempo y sin manipulación de variables.

Método

Participantes

Los participantes del presente estudio fueron 71 enfermeros (44 enfermeros y 27 técnicos de enfermería) que laboran en las áreas de Emergencia (52.1%) y Unidad de Cuidados Intensivos (47.9%) de un Hospital Nacional de Huancayo; quienes accedieron a participar voluntariamente previa firma de un consentimiento informado (ver anexo A). El contacto con los participantes se realizó salvaguardando los procedimientos éticos, resaltándose así el carácter voluntario y anónimo de su participación. Cada trabajador se llevó los documentos a su domicilio para completarlos, siendo estos recogidos por la investigadora una semana después de la entrega previa coordinación. Únicamente se consideraron los cuestionarios de aquellos trabajadores que se encontraban laborando como mínimo un año en el servicio de pertenencia y que, además, completaron en su totalidad los cuestionarios. Se perdieron 7 participantes exclusivamente debido a la primera condición.

Con respecto a las características sociodemográficas recopiladas a través de una ficha de datos (ver anexo B), se encontró que la muestra está conformada por 61 mujeres (85.9%) y 10 varones (14.1%), cuyas edades fluctúan entre 26 y 62 años ($M = 44.96$, $DE = 8.62$). Se observó, además, que la mayoría se encuentra casado o convive (60.6%) y tiene entre 1 o 2 hijos (57.7%). Asimismo, se encontró que el tiempo que ejercen su profesión varía entre 2 y 43 años ($M = 17.77$, $DE = 9.81$), mientras que el tiempo que prestan servicio en su unidad actual fluctúa entre 1 y 36 años ($M = 11.01$, $DE = 7.33$), siendo solo el 21.1% los trabajadores que labora en otra institución además del hospital. En relación a las características laborales, se observó que la mayoría de los participantes son contratados (62%) y que laboran bajo el tipo de turno de 2 días de trabajo por 2 días de descanso (63.4%), atendiéndose por turno un rango de pacientes que va desde 2 a 72 ($M = 14.32$, $DE = 14.14$). En el anexo C se puede apreciar un cuadro resumen de las características de muestra.

Medición

La medición del síndrome de *burnout* y sus dimensiones se llevará a cabo a través del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Este cuestionario fue

desarrollado por Christina Maslach y Susan Jackson en el año 1981, presentando una segunda versión en 1986, la cual será utilizada en la presente investigación.

El MBI-HSS es una prueba que mide el *burnout* en los profesionales de la salud evaluando los niveles de las tres dimensiones que lo conforman: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Está compuesto por 22 ítems, cuyas respuestas se organizan en una escala de frecuencia tipo Likert de 7 valores, que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Cabe señalar que este instrumento no brinda un puntaje global que revele el diagnóstico del *burnout*, por lo que para tipificar dicho síndrome, los sujetos deben puntuar niveles altos en las escalas de agotamiento emocional y despersonalización, y niveles bajos en la escala de realización personal (Maslach et al, 2001). En el país, Llaja, Sarriá y García (2007) han provisto de criterios de comparación para población profesional de salud.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la versión original del MBI ha obtenido una elevada fiabilidad y validez en sus tres dimensiones. Sus índices de confiabilidad muestran una consistencia interna de .80 para todos los ítems, evidenciando un alfa de Cronbach de .90 para el agotamiento emocional, un valor de .79 para la despersonalización y un valor de .71 para la realización personal (Maslach y Jackson, 1986). Con respecto a la validez de la prueba, el análisis factorial exploratorio denota una estructura de tres componentes que, en conjunto, explica el 41% de la varianza total común de los elementos. De ello, el agotamiento emocional estaría explicando el 20% de la varianza, mientras que la despersonalización y la realización personal explicarían el 21% restante (Halbesleben y Buckley, 2004; Llaja et al., 2007).

Por otra parte, el MBI-HSS ha sido adaptado a la lengua española por Seisdedos (1997 en Tavera, 2010), encontrándose además diversos estudios que validan este cuestionario al contexto latinoamericano al reportar una aceptable consistencia interna de las dimensiones y un análisis factorial que se ajusta a una estructura tridimensional (Córdoba et al., 2011; Hernández, Llorens, Rodríguez, 2011; Jélvez, Ibáñez y Olivares, 2011; Manso-Pinto, 2006; Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008). En el Perú, la adaptación del MBI-HSS fue realizada por Llaja et al. (2007) con un total de 2041 trabajadores de distintos grupos profesionales (seguridad social, enfermeros, administradores, profesores, médicos, psicólogos, abogados, entre otros). Este estudio reportó un índice de confiabilidad de .80 para el agotamiento emocional, de .56 para la despersonalización y de .72 para la realización personal. En cuanto a la validez, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura tridimensional, en la cual el agotamiento emocional

explicaba el 21.55% de la varianza, la despersonalización el 6% y la realización personal el 11.9%.

Cabe señalar que, en nuestro medio, numerosas investigaciones han utilizado el MBI para evaluar el nivel de *burnout* en el personal de salud (Luna, Mayor y Taype, 2015; Munayco, Cámara y Torres, 2014; Ortega, 2015; Vásquez, Maruy y Verne, 2014; Yslado, Atoche, Cermeño, Rodríguez y Sánchez; 2013) y, de manera más específica, en el personal de enfermería (Apari, 2012; Asmat y Lazo, 2014; Ayala, 2013; Broncano, 2014; Guzmán y Guzmán, 2010; Laguna; 2014; Sevilla, 2009).

En el presente estudio, se analizó la confiabilidad mediante el índice de consistencia interna alfa de Cronbach, encontrándose que la confiabilidad más alta la obtuvo la dimensión de agotamiento emocional con un alfa de .88, seguida por la dimensión de realización personal con un valor de .70 y, finalmente, por la dimensión de despersonalización con un alfa de Cronbach de .67 (ver anexo D).

Por otro lado, la medición de la salud se realizará a través del Cuestionario de Salud SF-36, en su versión adaptada por Alonso, Prieto y Antó (1995). Este cuestionario fue diseñado en 1992 por Ware y Sherbourne para el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) y consiste en una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud percibida a través de la valoración de los estados positivos y negativos de la salud física y emocional (Alonso et al., 1995).

El cuestionario de Salud SF-36 es aplicable tanto a pacientes como a la población en general, con una edad mayor a 14 años. Está compuesto por 36 ítems divididos en 8 dimensiones, y cuyas respuestas están organizadas en una escala Likert con diferentes tipos de respuestas de acuerdo al área que se evalúa. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Las dimensiones que conforman este instrumento son las siguientes: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (V), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM). Cabe señalar que estas ocho escalas, a su vez, conforman dos componentes principales de la salud: Salud física y Salud mental (Ware, 2004).

En cuanto a la calificación, los ítems son codificados en una escala de puntaje que va desde el 0 (peor estado de salud) hasta el 100 (mejor estado de salud), siendo el 50 el puntaje promedio (IMIN, 2007; Vilagut et al., 2005). Otras investigaciones han establecido los puntajes

por quintiles, de modo que puntajes de 0-19 indican salud “*muy baja*”, de 20-39 “*relativamente baja*”, de 40-59 “*promedio*”, de 60-79 “*relativamente alta*” y de 80-100 “*muy alta*” (Alfaro, 2012, Laos, 2010; Torres, 2011; Vinaccia et al., 2006; Vinnaccia y Quiceno, 2011).

Con respecto a los aspectos psicométricos del instrumento, la versión original del *SF-36* muestra una elevada consistencia interna al reportar coeficientes de Cronbach que superan el .80 en todas las escalas, a excepción de la dimensión de *Función Social*, que tiene un valor de .76 (Ware et al., 1998). El análisis factorial exploratorio muestra una estructura de 8 y 2 dimensiones, pudiendo ser aplicado en varios países, edades y géneros (Gandek & Ware, 1998). Por su parte, la versión adaptada de Alonso et al. (1995) presenta valores psicométricos similares a la versión original, evidenciándose que los coeficientes de Cronbach de todas las dimensiones fluctúan entre .71 y .94, a excepción de la Función Social (FS), la cual presenta una puntuación de .45 (Vilagut et al., 2005). En cuanto a la validez del cuestionario, un estudio meta-analítico realizado con 17 investigaciones encontró que la versión española del instrumento posee una buena discriminación entre diferentes grupos de gravedad, una correlación moderada con indicadores clínicos y una elevada asociación con otros instrumentos que evalúan el mismo constructo (Vilagut et al., 2005).

En el contexto peruano, el estudio de Salazar y Bernabé (2012) realizado con una muestra de 4344 sujetos, encontró un alfa de Cronbach global de .82 y alfas de Cronbach que fluctuaban entre .66 y .92 para las dimensiones. Asimismo, se comprobó la capacidad del instrumento para discriminar grupos de diferentes características sociodemográficas; corroborándose además, a través de un análisis factorial confirmatorio, que el modelo de 8 componentes de primer orden y 2 componentes de segundo orden era la estructura factorial más adecuada, pues mostraba mayor ajuste a los datos (CFI= 0.96 y RMSEA= 0.05) en comparación con modelos alternativos.

Cabe señalar que este instrumento ha sido empleado por diversas investigaciones para estudiar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diversas enfermedades. Entre estas destacan estudios con pacientes diabéticos (Romero, 2015), geriátricos (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa, 2009; Manrique, 2014), con insuficiencia renal (Alfaro, 2012), con dolor crónico (Salas La Torre, 2012); con cáncer de mama (Lostanau y Torrejón, 2014; Torres, 2011), con reflujo gastroesofágico (Cubas y León, 2010), entre otros.

En el presente estudio, al analizar la confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna, se obtuvieron puntuaciones alfa de Cronbach superiores a .70 en todas las dimensiones, a excepción de Salud mental ($\alpha = .68$); mientras que a nivel de los componentes físico y mental, el valor de los coeficientes eran mayores a .80 (ver anexo E).

Análisis de datos

Se procedió a la creación de una base de datos empleando el programa estadístico SPSS en su versión 23. Los resultados encontrados en los instrumentos fueron analizados inicialmente con estadísticos descriptivos y de frecuencia, realizándose además la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la cual indicó que los puntajes en la mayoría de dimensiones de ambas pruebas seguían una distribución no normal. No obstante, según las estadísticas de asimetría y curtosis de Kline (2010), no existiría una falta severa de normalidad en ninguna de las dimensiones, por lo que para analizar las relaciones entre las dimensiones del *burnout* y las escalas del SF-36 se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Asimismo, se realizaron correlaciones y contrastes de medias entre las variables sociodemográficas y laborales y las dimensiones del síndrome de *burnout* y las escalas de salud, para lo cual se utilizó el coeficiente r de Pearson, el contraste T de Student y el ANOVA de un factor respectivamente.

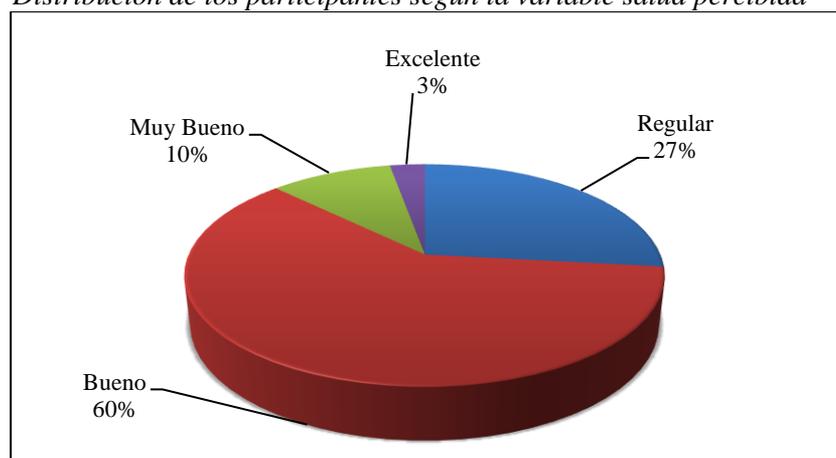
Resultados

A continuación se presentan los hallazgos encontrados en la presente investigación. En primer lugar, se reportan los resultados descriptivos de la variable salud, señalando además las correlaciones y diferencias significativas según las variables sociodemográficas y laborales. De manera similar, se presentan los resultados descriptivos del síndrome de *burnout*, para finalmente mostrar la correlación entre las dimensiones del *burnout* y las escalas de la salud.

Sobre los indicadores de salud

En el indicador salud percibida, se encontró que la mayoría de los participantes percibe tener una salud favorable (73%), de manera que no se observa ningún participante que reporte percibir su salud como mala (ver Figura 1).

Figura 1
Distribución de los participantes según la variable salud percibida



A pesar de ello, se encontró que el 53.5% de las participantes reporta presentar un índice de masa corporal correspondiente a la categoría de sobrepeso y el 7% un índice de obesidad. Por otro lado, el 42.3% del personal de enfermería señala padecer alguna enfermedad, observándose que el rango de enfermedades simultáneas reportadas va desde 1 hasta 6 ($M = .99$, $DE = 1.47$). A continuación, en la tabla 1, se muestra la prevalencia de las enfermedades más comunes en relación del grupo total y en relación del grupo que reportó presentar por lo menos un padecimiento.

Tabla 1
Prevalencia de enfermedades más comunes

| | Frecuencia | Porcentaje en el grupo total | Porcentaje en el grupo con reporte de enfermedad |
|------------------------------|------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| Dorsalgias o Lumbalgias | 16 | 22.5% | 53.33 % |
| Ansiedad | 8 | 11.3% | 26.67 % |
| Problemas en el sueño | 8 | 11.3% | 26.67 % |
| Migrañas | 7 | 9.9% | 23.33 % |
| Problemas gastrointestinales | 7 | 9.9% | 23.33% |
| Depresión | 4 | 5.6% | 13.33 % |
| Problemas de nervios | 4 | 5.6% | 13.33 % |
| Náuseas | 4 | 5.6% | 13.33 % |

N=71

En cuanto a los resultados obtenidos por el SF-36, el cual nos otorga el principal indicador de salud del presente estudio, se pudo apreciar que los dos componentes de salud y la mayoría de sus dimensiones mostraron medias por encima del puntaje de 70 (ver Tabla 2). Ello indicaría, teniendo en cuenta los 50 puntos como punto de corte, la tendencia positiva de los participantes a presentar una buena salud en todas las áreas; siendo la escala con menor puntaje la dimensión de *salud general*, la cual examina la valoración personal de salud relacionada a la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. De manera contraria, el área con mejor puntaje correspondería a la dimensión de *rol físico*, el cual indica el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.

Tabla 2
Descriptivos de las dimensiones y componentes del SF-36

| | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|-------------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Función física | 84.44 | 90.00 | 15.25 | 45 | 100 |
| Rol físico | 85.21 | 100.00 | 27.57 | 0 | 100 |
| Dolor corporal | 70.21 | 67.50 | 21.07 | 13 | 100 |
| Salud general | 65.00 | 65.00 | 17.81 | 25 | 100 |
| Vitalidad | 70.07 | 70.00 | 13.87 | 35 | 100 |
| Función social | 73.06 | 75.00 | 22.12 | 25 | 100 |
| Rol emocional | 75.12 | 100.00 | 37.68 | 0 | 100 |
| Salud mental | 76.00 | 76.00 | 12.88 | 48 | 100 |
| Componente Salud física | 78.60 | 81.67 | 14.72 | 42 | 100 |
| Componente Salud mental | 73.70 | 78.93 | 16.65 | 35 | 100 |

Por otro lado, al comparar los componentes y dimensiones del SF-36 según las características sociodemográficas y laborales, se encontraron diferencias significativas según las variables sexo, categoría profesional, servicio de pertenencia y tipo de contrato (ver Tabla 3).

Cabe señalar que la mayoría de las diferencias halladas son de magnitud mediana. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según las variables estado civil y tipo de turno.

Tabla 3

Contraste de medias de las dimensiones y componentes del SF-36 según las variables sociodemográficas y laborales

| | FF | RF | DC | SG | V | RE | CSM |
|--------------------------------|-------|--------|-------|---------|--------|--------|--------|
| Sexo | | | | | | | |
| Mujeres (n = 61) | | | | | | 79.23 | 75.28 |
| Varones (n = 10) | | | | | | 50.00 | 64.04 |
| T-student | | | | | | 2.35* | 2.02* |
| d de Cohen | | | | | | .75 | .67 |
| Categoría profesional | | | | | | | |
| Enfermeras (n = 44) | | 80.68 | | | | | |
| Técnicas de enfermería (n =27) | | 92.59 | | | | | |
| T-student | | -2.13* | | | | | |
| d de Cohen | | .52 | | | | | |
| Servicio de pertenencia | | | | | | | |
| Emergencia (n = 37) | | | | 59.19 | 66.89 | 63.96 | 69.06 |
| UCI (n = 34) | | | | 71.32 | 73.53 | 87.25 | 78.74 |
| T-student | | | | -2.98** | -2.06* | -2.77* | -2.57* |
| d de Cohen | | | | .73 | .49 | .67 | .61 |
| Tipo de contrato | | | | | | | |
| Nombrado (n = 15) | 76.33 | | 56.00 | | | | |
| Contratado (n = 44) | 84.89 | | 74.60 | | | | |
| CAS (n = 12) | 92.92 | | 71.88 | | | | |
| Anova de un factor | 4.38* | | 4.89* | | | | |

Nota: FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; V = Vitalidad; RE = Rol Emocional; CSM = Componente Salud Mental; * p < 0.05; ** p < 0.01.

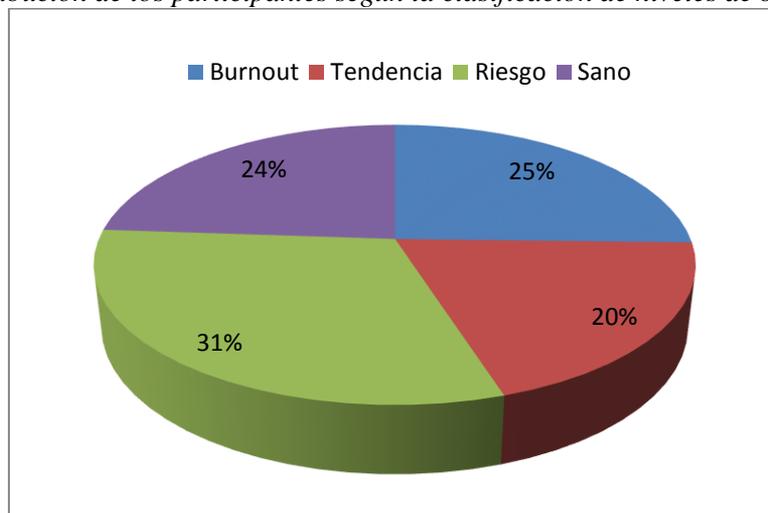
A partir de ello, se puede indicar que a nivel de componentes, sólo se encontraron diferencias significativas en el *Componente Salud Mental*, de modo que las mujeres y los trabajadores de UCI fueron los participantes que presentaron mejores puntuaciones en dicho componente. De manera específica, se hallaron diferencias significativas en la dimensión de *rol emocional*; observándose que las mujeres, a diferencia de los varones, y los trabajadores de UCI, a comparación de los de Emergencia, reportaron menor cantidad de problemas emocionales que interfieren en su trabajo y otras actividades diarias. Asimismo, se apreciaron diferencias significativas en las dimensiones de *salud general* y *vitalidad*, encontrándose que los trabajadores de UCI también reportaron una mejor valoración de su estado de salud y mayores niveles de energía a comparación de sus colegas de Emergencia.

De igual manera, se encontraron diferencias significativas en la dimensión de *rol físico*, apreciándose que las técnicas de enfermería, en comparación las enfermeras, refieren tener menores limitaciones en su trabajo y en sus actividades cotidianas a causa de su salud física. Por último, se hallaron diferencias significativas en las dimensiones de *dolor corporal* y *función física*, observándose que los trabajadores nombrados experimentaban mayor intensidad de dolor a comparación de los otros dos grupos ($t_{\text{nombrados y contratados}} = -2.86$, $p_{\text{nombrados y contratados}} = .00$, $d_{\text{nombrados y contratados}} = .57$; $t_{\text{nombrados y cas}} = -2.76$, $p_{\text{nombrados y cas}} = .14$, $d_{\text{nombrados y cas}} = 1.19$) y que presentaban mayores limitaciones para realizar todo tipo de actividad física a comparación de los trabajadores CAS ($t = -3.45$, $p = .00$, $d = 1.37$).

Al realizar las correlaciones entre las componentes y dimensiones del SF-36 y las variables sociodemográficas y laborales, se hallaron relaciones significativas con la edad, los años profesionales, el tiempo en el servicio de pertenencia y el número promedio de pacientes. A nivel de componentes, se encontró que el *Componente Salud Física* se relacionaba inversamente con la variable años profesionales ($r = -.27$, $p = .02$), de modo que a menor cantidad de años ejerciendo, mejor puntuación en dicha área de la salud. Por otro lado, a nivel de dimensiones, se pudo observar que la dimensión de *dolor corporal* se relacionaba inversamente con la variable tiempo en el servicio de pertenencia ($r = -.24$, $p = .04$), observándose que a menor tiempo en el servicio de pertenencia se reportaba experimentar menores niveles de dolor. Asimismo, se encontró que la dimensión *función física* se relacionaba negativamente con la edad ($r = -.29$, $p = .02$), los años profesionales ($r = -.37$, $p = .00$) y el tiempo en el servicio de pertenencia ($r = -.30$, $p = .01$); de manera que los participantes más jóvenes, con menor tiempo de ejercicio profesional y con menor antigüedad en el servicio de pertenencia presentaban menores limitaciones para realizar todo tipo de actividades físicas. Por último, se observó que los trabajadores con menor número de pacientes presentaban una mejor valoración de su estado de salud actual y futura (*salud general*) ($r = -.26$, $p = .03$).

Sobre los indicadores de burnout

Según la clasificación de los niveles de *burnout* propuesto por Llaja et al. (2007), se identificó que la mayoría de los participantes se encontraba vulnerable a desarrollar *burnout* o ya padecía del mismo, solo el 23.9% se reportaba sano (ver Figura 2).

Figura 2Distribución de los participantes según la clasificación de niveles de *burnout*

En la tabla 4, se muestra de manera más específica los resultados descriptivos correspondientes a cada una de las tres dimensiones del *burnout*. En ella se puede observar que, según los puntos de corte propuestos por Llaja et al. (2007), la media de las dimensiones de *agotamiento emocional* y de *despersonalización* se encuentran ubicadas en los niveles medios; mientras que la dimensión de *realización personal* se ubica en los niveles bajos. Al analizar la proporción de sujetos de acuerdo a los niveles de *burnout* para cada una de las áreas, se aprecia que la mayoría de los participantes presenta niveles altos de *agotamiento emocional* y *despersonalización*, evidenciándose también que más de la mitad del personal de salud muestra niveles bajos de *realización personal*.

Tabla 4

Descriptivos de las dimensiones del MBI-HSS

| | <i>M</i> | <i>DE</i> | Bajo | | Medio | | Alto | |
|-----------------------|----------|-----------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | | <i>N</i> | % | <i>N</i> | % | <i>N</i> | % |
| Agotamiento emocional | 18.45 | 11.17 | 22 | 31.0 | 20 | 28.2 | 29 | 40.8 |
| Despersonalización | 6.90 | 5.87 | 19 | 26.8 | 21 | 29.6 | 31 | 43.7 |
| Realización personal | 36.82 | 7.60 | 44 | 62.0 | 10 | 14.1 | 17 | 23.9 |

Por otro lado, al comparar las dimensiones del síndrome de *burnout* según las variables sociodemográficas y laborales, se observaron diferencias significativas en las variables servicio de pertenencia, tipo de contrato y tipo de turno (ver Tabla 5). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según las variables sexo, estado civil y categoría profesional.

De esta manera, en relación a la variable servicio de pertenencia, se encontró que los trabajadores de Emergencia presentan mayores niveles de *agotamiento emocional* y de *despersonalización*, apreciándose que las medias de estos trabajadores se ubican en los niveles altos mientras que las medias de los trabajadores de UCI se ubican en los niveles medios. En la variable tipo de contrato, se identificó que los trabajadores CAS presentan mayores niveles de *despersonalización* a comparación de los otros dos grupos ($t_{cas \text{ y contratados}} = -2.45$, $p_{cas \text{ y contratados}} = .02$, $d_{cas \text{ y contratados}} = .81$; $t_{cas \text{ y nombrados}} = -2.64$, $p_{cas \text{ y nombrados}} = .01$, $d_{cas \text{ y nombrados}} = 1.02$), observándose que las medias de estos trabajadores se ubican en los niveles altos mientras que las medias de los otros participantes se ubican en los niveles medios. Finalmente, en la variable tipo de turno, se halló que los participantes que laboran tres días y descansan dos presentan mayores niveles de *despersonalización*.

Tabla 5
Contraste de las dimensiones del MBI-HSS según las variables sociodemográficas y laborales

| | Agotamiento emocional | Despersonalización |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Servicio de pertenencia | | |
| Emergencia (n = 37) | 22.65 | 8.95 |
| UCI (n = 34) | 13.88 | 4.68 |
| T-student | 3.57** | 3.27** |
| d de Cohen | .85 | .78 |
| Tipo de contrato | | |
| Nombrado (n = 15) | | 5.60 |
| Contratado (n = 44) | | 6.25 |
| CAS (n = 12) | | 10.92 |
| Anova de un factor | | 3.72* |
| Tipo de turno | | |
| 2 x 2 (n = 45) | | 15.29 |
| 3 x 2 (n = 24) | | 23.54 |
| T-student | | -3.12** |
| d de Cohen | | .79 |

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

De manera similar, al realizar las correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y las variables sociodemográficas y laborales, se hallaron algunas relaciones significativas. Se encontró que los participantes con menor tiempo ejerciendo su profesión presentaban mayores niveles de *agotamiento emocional* ($r = -.28$, $p = .02$) y de *despersonalización* ($r = -.26$, $p = .03$).

De igual modo, los trabajadores de menor edad mostraban mayores niveles de *despersonalización* ($r = -.27, p = .02$).

Relaciones entre salud y burnout

Por último, respondiendo al objetivo de la investigación, se efectuaron las correlaciones entre las dimensiones del síndrome de *burnout* y los componentes y dimensiones de la salud (ver Tabla 6). A nivel de componentes, se observó que el *Componente Salud Mental* se relaciona significativamente con las tres dimensiones del *burnout*, encontrándose correlaciones altas e inversas con las dimensiones de *agotamiento emocional* y de *despersonalización*, y una correlación mediana y positiva con la *realización personal*. Por su parte, el *Componente Salud Física* mostró correlaciones significativas únicamente con las dimensiones de *agotamiento emocional* y *despersonalización*, siendo ambas relaciones negativas y de magnitud mediana.

A nivel de dimensiones, se encontró que el *agotamiento emocional* se relaciona significativa y de manera inversa con todas las escalas de la salud, observándose especialmente correlaciones altas con las dimensiones de *vitalidad*, *función social* y *salud mental*. Asimismo, se pudo observar que la *despersonalización* muestra relaciones significativas e inversas con casi todas las dimensiones de la salud, presentando mayor número de correlaciones altas (*salud general*, *vitalidad*, *función social*, *rol emocional* y *salud mental*). Por último, se puede señalar que la escala de *realización personal* es la dimensión que presentó menor número de correlaciones significativas con las dimensiones de la salud, presentando predominantemente correlaciones positivas y de magnitud mediana.

Tabla 6
Correlaciones entre las dimensiones del MBI-HSS y componentes del SF-36

| | Agotamiento emocional | Despersonalización | Realización personal |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Función física | -.31** | -.17 | .13 |
| Rol físico | -.36** | -.36** | .11 |
| Dolor corporal | -.44** | -.36** | .10 |
| Salud general | -.48** | -.51** | .35** |
| Vitalidad | -.58** | -.56** | .36** |
| Función social | -.64** | -.57** | .32** |
| Rol emocional | -.46** | -.52** | .43** |
| Salud mental | -.60** | -.57** | .34** |
| Componente Salud física | -.48** | -.41** | .22 |
| Componente Salud mental | -.64** | -.65** | .45** |

** $p < 0.01$

Discusión

Uno de los grupos profesionales, cuya salud se ve ampliamente afectada por la exigencia laboral, es el personal de enfermería. Ello debido a que su desempeño cotidiano no solo demanda el uso de gran esfuerzo físico, cognitivo y emocional, sino que además los expone a diversos riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales (Aráujo et al., 2015; Umaña-Manchado, 2007). En este sentido, se hace comprensible que el profesional de enfermería presente una alta probabilidad de padecer diversas alteraciones físicas y psicológicas (Cogollo y Gómez, 2010), entre las que resaltan las enfermedades posturales, las infecciones, los trastornos depresivos y ansiosos, el estrés laboral y, especialmente, el síndrome de *burnout* (Acurio y Córdoba, 2015; Borges et al., 2004; Colff & Rothmann, 2014). El síndrome de *burnout* resultaría ser uno de los más alarmantes debido a que no solo presenta implicancias a nivel organizacional, sino que repercute individualmente afectando la salud de los trabajadores (Shirom, 2009a).

Es por lo mencionado anteriormente que, en el presente estudio, se considera importante analizar los niveles de salud y de *burnout* en un grupo de enfermeras peruanas, estudiando principalmente las posibles relaciones entre las dimensiones y componentes de ambos constructos.

En función a los niveles de salud encontrados en esta investigación, se puede señalar que el grupo se autodefine en términos generales como sano. Estos resultados son concordantes con diversas investigaciones latinoamericanas y españolas que analizan el nivel de salud que reportan grupos etéreos similares (MINSAL, 2010, MSSSI, 2014; Rodríguez et al., 2009), lo cual nos permitiría indicar que los participantes de este estudio responden como lo suelen hacer otras poblaciones que presentan el mismo rango de edad al reportar su estado de salud.

No obstante, a pesar de lo mencionado, se encontró que el 53% de los participantes presentaba sobrepeso y el 7% obesidad. Más aún, el 42.3% reportaba padecer por lo menos una enfermedad, siendo las más comunes las enfermedades músculo-esqueléticas, la ansiedad, los problemas de sueño y las migrañas. Resultados parecidos se encontraron en el estudio de Sabbah, Sabbah, Sabbah, Akoum & Droubi (2012) en el cual, a pesar de que la mayoría del personal de enfermería reportó tener buena salud, se apreciaba un 36.2% con sobrepeso y un 8% con

obesidad, siendo las enfermedades con mayor prevalencia el dolor de espalda, el insomnio y la depresión.

Estos resultados permiten pensar en un posible predominio del paradigma biomédico en los profesionales de enfermería, de modo que los participantes de este estudio se perciben como saludables en tanto no presentan una enfermedad médicamente diagnosticada de gravedad o incapacitante. En este sentido, las enfermedades que reportan podrían ser consideradas como primeros indicios de una futura mala salud o de una poca resistencia a enfermar, vislumbrándose así la existencia de un pensamiento dicotómico en el que el estado de salud solo puede ser evaluado a través de las categorías de bueno o malo y más no a partir de una gradiente con múltiples niveles.

A partir de lo mencionado, se hace relevante entonces hacer énfasis en el estudio más profundo de las concepciones de salud que tiene el personal de enfermería, lo cual podría lograrse a partir de investigaciones con enfoques cualitativos o mixtos. Ello permitiría conocer las creencias relacionadas al concepto salud, las características que se le adjudican y las estrategias utilizadas en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Por otro lado, resulta llamativo notar que las enfermedades reportadas con mayor prevalencia guardan una estrecha relación con factores psicosociales, como por ejemplo la sobrecarga laboral, el poco control y autonomía en el trabajo, las tareas rutinarias y complejas, la inseguridad laboral, entre otros. (Acurio y Córdova, 2015; Aranda y Pando, 2007; Gil-Monte, 2012; Luceño, Martín, Rubio y Díaz, 2004; Silva et al., 2010). A partir de ello, podría plantearse que ciertas características inherentes al ambiente laboral del personal de enfermería podrían estar generando específicamente el desarrollo de determinadas enfermedades, tales como alteraciones musculo-esqueléticas, trastornos del ánimo, problemas de sueño y obesidad. Más aún, resulta interesante observar que existe una amplia gama de evidencia empírica que muestra relaciones significativas entre dichas enfermedades y el estrés laboral aspecto que estaría asociado con lo hallado en este estudio en términos de indicadores del síndrome de *burnout* (Grazziano y Ferraz, 2010; Grau et al., 2009; Peiró, 2001).

De este modo, en relación a los resultados obtenidos sobre los niveles de *burnout*, se pudo apreciar que si bien un 20% reporta haber desarrollado dicho síndrome, la mayoría de participantes muestra niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, y más de la mitad presenta niveles bajos de realización personal. En este sentido, existiría también un

alarmante 50.7% que se encuentra en riesgo o tendencia de padecerlo; es decir, que cuenta con uno o dos de los síntomas del *burnout*. Estos hallazgos se asemejarían con lo reportado en diversas investigaciones (Abreu, 2011; Aliaga 2012; Gamonal et al., 2008; Vévoda et al., 2016; Vilela, 2013), corroborándose así que el personal de enfermería sería uno de los grupos profesionales que presenta una condición de alta vulnerabilidad para desarrollar dicho síndrome (Melita et al., 2008).

Cabe señalar además que, en este estudio, los profesionales de enfermería se caracterizarían principalmente por experimentar sentimientos de incompetencia, carencia de logros y productividad. Al respecto, algunos autores señalan que el agotamiento emocional y la despersonalización tienden a surgir principalmente por la presencia de sobrecarga laboral y conflictos interpersonales, mientras que la baja realización personal se asociaría a la falta de recursos para realizar el trabajo (Gamonal et al., 2008; Maslach; 2003; Melita et al., 2008). En efecto, los participantes de este estudio reportaron menor grado de satisfacción al evaluar los insumos disponibles en su área de trabajo y el ambiente físico en el que laboran, indicando además que la falta de recursos disponibles, la carencia de un lugar de descanso y la sobrecarga laboral son las tres condiciones que le generan mayor nivel de estrés. En este sentido, se hace notoria la importancia de dotar de recursos suficientes a las unidades de trabajo de estos profesionales para propiciar el rendimiento adecuado de sus funciones y mejorar su percepción de autoeficacia y logro personal.

Por otra parte, se puede indicar que en el presente estudio se corrobora la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre salud y *burnout*, siendo estos resultados concordantes con otras investigaciones que estudian dicha relación (Hätinen et al., 2004; Honkonen et al., 2006; Soderfeldt et al., 2000). A partir de ello, es razonable suponer como primera hipótesis que el síndrome de *burnout*, entendido como aquel proceso de deterioro de los recursos energéticos, podría predecir un decremento en el estado de salud (Shirom, 2009b). No obstante, dicha relación también podría operar de manera inversa, de modo que el padecimiento de una enfermedad podría estar disminuyendo el desempeño laboral del trabajador y dificultando la obtención de logros, lo cual favorecería al desarrollo del síndrome de *burnout* (de Lange et al., 2005; Donders, Roskes & van der Gulden, 2007). Cabe señalar, sin embargo, que dado a que este estudio es de carácter correlacional no se puede afirmar cuál de las dos hipótesis sería la correcta.

Una de las investigaciones que ha dado luces sobre el funcionamiento de la relación entre salud y *burnout* es el estudio longitudinal realizado por Vinokur et al. (2009). Estos investigadores han demostrado, a través de modelos de ecuaciones estructurales, que la relación entre ambos constructos es bidireccional, de modo que la salud percibida puede predecir la aparición del síndrome *burnout* y que, a su vez, este último puede pronosticar la disminución en la percepción de la salud; siendo considerablemente más fuerte el efecto predictor de la salud en la aparición del *burnout*.

Es importante señalar que, a pesar de los alcances mencionados y de la gran cantidad de investigaciones que estudian el proceso de desarrollo del *burnout*, se sabe muy poco sobre el impacto que tiene este síndrome en la salud de los individuos y la sociedad. Más aun, algunas investigaciones han cuestionado el marco conceptual del *burnout*, puesto que se desconoce en qué medida este síndrome estaría relacionado con los trastornos mentales y las enfermedades físicas, y si tendría alguna condición independiente en relación a la mala salud (Ahola, 2007).

Por lo tanto, la contribución principal del presente estudio se vería reflejada en la diversidad de relaciones significativas encontradas que demuestran el modo diferenciado en el que se relacionan las dimensiones del *burnout* y los componentes y dimensiones de la salud. Cabe señalar, además, que los resultados encontrados nos indicarían que la relación entre salud y *burnout* no podría ser explicada considerando únicamente ciertas dimensiones o componentes, sino que debería incluirse todas y cada una de las áreas que conforman a ambos constructos.

En este sentido, se encontró, como primer aporte, que las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización muestran asociaciones inversas tanto con la salud física como la salud mental, de modo que la presencia de alguna de dichas dimensiones podría funcionar como un indicador de enfermedad física y/o mental, y viceversa. A partir de estos resultados, se hace comprensible entonces que diversas investigaciones que han pretendido estudiar la relación entre salud y *burnout*, hayan prevalecido una perspectiva patologizante que evalúa salud a través de las manifestaciones de enfermedad (Gil-Monte et al., 2006; Honkonen et al., 2006; Melamed et al., 2006; Mingote et al., 2004).

Por otro lado, estudios como el de Landa, Berrios-Martos, López-Zafra y Aguilar (2006) indican que los profesionales de enfermería que muestran puntuaciones más altas en las dimensiones del *burnout* reportan menores niveles de bienestar y satisfacción con el trabajo, añadiéndose además que la inteligencia emocional percibida explica parte de la varianza del

síndrome de *burnout*. De manera más específica, dichos autores señalan que las dimensiones de claridad y reparación se relacionan positivamente con la realización personal, la buena salud mental y una alta satisfacción con el trabajo.

Siguiendo esta línea, en el presente estudio se observó que la dimensión de realización personal presenta una asociación directamente proporcional únicamente con la salud mental. Esto permitiría plantearnos la hipótesis de que la realización personal podría ser un factor protector para el bienestar psicológico, y viceversa; encontrándose probablemente relacionado con conceptos como la satisfacción laboral y el *engagement*. En base a estos resultados, se podría sugerir que se tome especial atención a la dimensión de realización personal para el planteamiento de programas de prevención del síndrome de *burnout*, dado que esta podría estar funcionando como un indicador de salud mental en los trabajadores.

Como un segundo aporte se encontró que, a pesar de que las dimensiones del *burnout* se asocian tanto con la salud física como mental, presentan una relación especialmente más fuerte con la salud mental. Asociaciones similares encontradas en algunas investigaciones ha generado que se plantee la posibilidad de una redundancia conceptual entre el síndrome de *burnout* y los criterios de disfunción mental, principalmente con la depresión (Ahola, 2007; Bakker et al., 2000; Maslach et al., 2001) No obstante, estudios como el de Toker et al., 2005 que analizan la relación entre el *burnout* y los síntomas depresivos, muestran diferencias en el grado de implicancia neurobiológica y en las asociaciones que presentan con otros factores, dándose a entender que se trataría de conceptos diferentes fuertemente relacionados.

El síndrome de *burnout* podría estar actuando como parte del proceso de desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos en situaciones en las que el factor predisponente estaría relacionado al trabajo (Maslach, 2009). En este sentido, las características psicosociales adversas del trabajo podrían estar afectando negativamente la salud mental al generar un deterioro en la autoestima producto del desgaste de los sentimientos de dominio y autoeficacia que se produce en situaciones adversas; pudiendo ser el síndrome de *burnout* otro de los factores que podrían explicar en parte el surgimiento dichos sentimientos de poco dominio y autoeficacia (Standfeld & Candy 2006; Grazziano y Ferraz, 2010).

No obstante, dicha relación entre el *burnout* y los trastornos depresivos y ansiosos también podría darse de manera inversa. Es decir, los empleados con problemas de salud mental podrían mostrar mayores dificultades en su desempeño laboral o percibir su situación de trabajo

de forma más negativa (Donders et al, 2007; de Jonge et al. 2001; de Lange et al. 2005); presentando así mayores niveles de burnout. De esta manera, y a partir de lo mencionado, se hace relevante señalar la importancia del manejo de emociones como posible variable predictora del síndrome de *burnout*; indicándose además que la potencia de su impacto se daría principalmente sobre la salud mental o el bienestar de los profesionales (Ahola, 2007).

Siguiendo esta línea, y de manera más específica, en el presente estudio se encontró que la dimensión de agotamiento emocional se relaciona especialmente con sentimientos de cansancio, poca vitalidad y una salud mental deteriorada que estaría interfiriendo negativamente en la vida social de la persona. Estos resultados guardarían relación con la definición brindada del componente de agotamiento emocional, el cual es entendido principalmente como aquella sensación de no poder dar más de sí mismo a nivel emocional, y que consecuentemente se vería reflejado en sentimientos de fatiga y cansancio tanto físico como mental (Maslach, 2003).

Por su parte, se halló que la dimensión de despersonalización se asocia principalmente con sentimientos de agotamiento y con una mala valoración de la salud actual y futura, que no sólo interferiría en la vida social del empleado, sino que además estaría obstaculizando el desempeño en sus labores profesionales y otras actividades diarias a causa de sus problemas emocionales. De manera parecida, estos resultados también mostrarían coherencia con la definición de la despersonalización, en la cual se la conceptualiza como aquella respuesta negativa y excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo, que se produce como consecuencia de una sensación de un posible deterioro físico y mental (Maslach, 2009).

En cuanto al componente de realización personal se observó que, si bien este solo se relaciona medianamente con las dimensiones de salud mental, se encuentra especialmente asociado con el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. De esta manera, dichos resultados también mostrarían congruencia con la definición del componente de baja realización personal, en la cual se lo detalla como aquel auto-concepto negativo conformado por sentimientos de incompetencia, baja productividad en el trabajo y carencia de logros personales (Maslach et al., 2001). En este sentido, resultaría sumamente comprensible que la realización personal, al ser descrita como un componente motivacional y explícitamente dirigida al desenvolvimiento profesional, no muestre relaciones significativas con las dimensiones de salud física.

Finalmente, como un tercer aporte relacionado al objetivo principal de este estudio, se encontró que el agotamiento emocional y la despersonalización serían las dimensiones que presentarían una mayor relación con la salud, tanto física como mental. Resultados parecidos se han encontrado en varias investigaciones que reportan qué dimensiones del *burnout* se asociarían mayormente con el estado de salud-enfermedad (Ahola, 2007; Grau et al., 2009; Ríos et al., 2008). No obstante, debido a que el agotamiento emocional representa el componente individual básico del síndrome de *burnout* (Maslach, 2009), existiría una cantidad más amplia de investigaciones que estudian y reportan una relación predominante de dicho componente con diversos síntomas físicos del estrés, como dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión, episodios de gripe, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión (Burke & Mikkelsen 2006; Leiter y Maslach, 2001; Piko, 2006; Toppinen-Tanner, Ahola, Koskinen, & Väänänen, 2009).

Cabe señalar que los hallazgos anteriormente mencionados deben ser comprendidos de manera integral, por lo que se hace necesario analizar las diferencias observadas en los niveles de salud y de *burnout* según las condiciones sociodemográficas y laborales propias de este grupo.

De esta manera, se pudo observar, en primer lugar, que la salud mental varía en función del sexo, de modo que a nivel específico las mujeres reportan tener una menor cantidad de problemas emocionales que interfieren en su trabajo y actividades diarias. Estos resultados no son concordantes con la mayoría de investigaciones que concluyen que la condición de mujer es un factor de riesgo para padecer enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad, los trastornos psicosomáticos, entre otros (Cosme y Hernández, 2003; Gómez-Restrepo et al., 2004; Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez, 2006). En este sentido, dichos resultados podrían ser explicados a partir del escaso número de varones con los que cuenta esta investigación, pudiendo ser un grupo no representativo de la población masculina.

Por otra parte, se encontró además que si bien los trabajadores más jóvenes y con menos años profesionales reportan tener menores limitaciones para realizar todo tipo de actividades, son estos los que presentan mayores puntuaciones en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados serían congruentes con aquellos estudios que concluyen que es probable que los trabajadores más jóvenes aún no cuenten con las estrategias de afrontamiento suficientes debido a su poca experiencia profesional y personal en el manejo del paciente crítico (García y Giraldo, 2013; Lim et al., 2010).

Adicionalmente a ello, también se apreciaron diferencias en los niveles de salud mental según el servicio de pertenencia. Específicamente se halló que los trabajadores de Emergencia, comparados con los de UCI, reportan tener menores niveles de energía, una mayor cantidad de problemas emocionales que interfieren en su trabajo, y una peor valoración de su estado de salud actual y futura. Más aun, son estos trabajadores los que presentan mayores puntuaciones en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados podrían deberse a las condiciones de trabajo particulares del servicio de Emergencia, el cual se caracteriza por la presencia de una mayor demanda de atención rápida y oportuna, una mayor cantidad de pacientes y hacinamiento, y mayores niveles de ambigüedad de rol e imprevisibilidad (Hooper et al., 2010; Sánchez-Rodríguez y De Lucas García, 2001; Vargas et al., 2014). Cabe señalar, además, que se encontró que los trabajadores con mayor tiempo en el servicio de pertenencia reportarían experimentar mayores niveles de dolor, presentando además mayores limitaciones para realizar todo tipo de actividad.

De manera adicional, se pudo observar que si bien los trabajadores nombrados reportan mayores niveles de dolor y de limitaciones para realizar todo tipo de actividad, son los trabajadores CAS los que presentan mayores niveles de despersonalización. Ello podría deberse a que el personal CAS se encuentra constantemente sujeto a demostrar un buen desempeño con el fin de poder renovar su contrato, lo cual daría cuenta de un nivel de estrés agregado a lo que cotidianamente experimentan los profesionales de enfermería en general (Álvarez, Hinojosa, Arriaga, Carrillo y Pernia, 2003; Cañadas de la Fuente, 2012).

Por último, también se encontraron diferencias en función de la categoría profesional y el tipo de turno (Albaladejo et al., 2004; Grau et al., 2009). Así, se pudo apreciar que las enfermeras reportan mayores limitaciones en su trabajo a causa de su salud física y que los trabajadores con un tipo de turno de 2 x 2 presentan mayores niveles de despersonalización.

En cuanto a las limitaciones encontradas en el presente estudio, se debe señalar que algunas características del grupo, tales como el número de participantes, la cantidad reducida de varones y las pocas áreas de servicio incluidas, podrían poner en cuestionamiento la generalización de los resultados. Por esta razón, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el número de participantes, incluyendo además una mayor cantidad de profesionales masculinos y una mayor variedad de servicios hospitalarios. Todo ello permitiría obtener resultados más precisos y comparaciones más válidas y diversas.

Como una segunda limitación del estudio, se puede indicar que, dado a que los participantes se llevaron las pruebas a su domicilio, se desconoce la diversidad de condiciones ambientales que pudieron interferir en el adecuado relleno de los cuestionarios. Por este motivo, se sugiere que las próximas investigaciones evalúen la conveniencia de replicar esta forma de aplicación u optar por una distinta, en la que exista un mayor control de las variables extrañas.

Cabe señalar, además, que la prueba del Maslach Burnout Inventory –HSS fue en sí misma otra limitación del estudio. Esto debido a que varios participantes reportaron presentar dificultades al momento llenado, ya que encontraron confusas y poco congruentes las opciones de respuesta del cuestionario. En este sentido, se recomienda la posibilidad de utilizar otros instrumentos de medición que faciliten una mejor y más adecuada recolección de la información. Adicionalmente a lo mencionado, también se encontraron incongruencias en el sistema de calificación propuesto por Llaja et al (2007), cuestionándose así la rigurosidad con la que se realizó dicha validación. De esta manera, se sugiere efectuar otros estudios de validación que muestren criterios de rigurosidad más exigentes.

A manera de conclusión, se puede señalar que el presente estudio constituye uno de los primeros acercamientos a la comprensión de la relación entre *burnout* y salud en el personal de enfermería desde un enfoque biopsicosocial. De esta manera, al brindar una mirada panorámica e integral, se estaría alentando a futuros investigadores a continuar analizando el funcionamiento de dicha relación, de modo que resultaría sumamente beneficiosa la realización de estudios longitudinales que confirmen la posible bidireccionalidad entre ambos constructos (Maslach, 2009; Shirom, 2009b). Más aun, los resultados obtenidos en la presente investigación evidenciarían la necesidad de llevar a cabo programas de prevención e intervención que combatan el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería, mostrando además la relevancia de incluir en ellos aspectos relacionados a la salud física y mental de los trabajadores.

Referencias

- Abreu, F. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11(4), 370-377.
- Acurio, H. P. y Córdoba, M. E. (2015). *Valoración del síndrome de burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo 2014* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4605/1/T-UCE-0006-93.pdf>
- Adib-Hajbaghery, M., Khamechian, M. & Alavi, N. M. (2012). Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research*, 17(5), 352-359.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661.
- Ahola, K. (2007). *Occupational burnout and health*. Finlandia: Finnish Institute of Occupational Health.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders-Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*, 23(3), 244-263.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C. & Aguayo, R. (2015). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Alfaro, P. (2012). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1287>
- Aliaga, D. S. (2012). *Burnout y bienestar psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4430/ALIAGA_BLANCO_DESIRE_BURNOUT_BIENESTAR.pdf?sequence=3
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Álvarez, C., Hinojosa, C., Arriaga, A., Carrillo, J.A y Pernia, I. (2003). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas? *Gaceta Dental: industria y profesiones*, 138, 70-79
- Apari, O. (2012). Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del Hospital "Rezola"-Cañete, febrero-julio, 2012. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.* 8(2), 121-135.
- Aranda, C. y Pando, M. (2007). Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Revista Médica del Uruguay*, 23(4), 369-377.
- Arauco, G. V. (2008). *Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera"* (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/495/1/Arauco_pg.pdf
- Aráujo, C., De Souza, S., Cardoso, L., Rogério, M., Naves, L. & Da Silva, E. C. (2015). Occupational stress among nursing technicians and assistants: coping focused on the problem. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 33(1), 28-34.

- Arias, F. y Gonzales, M. E. (2009). Estrés, agotamiento profesional (burnout) y salud en profesores de acuerdo a su Tipo de contrato. *Reinserción Laboral*, 11(31), 172-176.
- Argentero, P. & Setti, I. (2011). Engagement and Vicarious Traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 67-75.
- Asmat, N. W. y Lazo, F. G. (2014). Síndrome de burnout en enfermeras del Hospital General de Durango y Hospital Regional Docente de Trujillo, 2014. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/UNITRU/838>
- Ayala, E (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los Servicios Críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú-2011* (Tesis de especialidad). Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf
- Aydemir, O. & Icelli, I. (2013). Burnout: risk factors. En Bährer-Kohler (Ed.). *Burnout for Experts*. Springer US.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P., van der Hulst, R. & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 247-268.
- Ballinas, A., Alarcón, C. y Balseiro, C. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. *RevEnfermInstMex Seguro Soc*, 17(1), 23-29.
- Benyamini, Y. & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality - additional studies. *Res Aging*, 21(3), 392-401.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A. & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med*, 62(3), 354-364.
- Bernaldo de Quirós, M. y Labrador, F. J. (2008). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and health psychology*, 7(2), 323-335.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, 36, 28-41.

- Bircher, J. (2005). Scientific Contribution Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(1), 335-341.
- Borges, A. Maizlish, N. y Loreto, V. (2004). Lumbalgia ocupacional en enfermeras venezolanas. *Salud de los Trabajadores*, 12(1), 19-32.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E. & Kristensen, T. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: Prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 98–106.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados, el síndrome del burnout. ¿Qué es y cómo superarlo?* Barcelona: Paidós.
- Briseño, C. E., Herrera, R. N., Enders, J. E. y Fernández, A. R. (2006). Factores de riesgos químicos en el personal de enfermería. *Enfermería Global*, 9(2), 1-10.
- Broncano, Y. N. (2014). Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital San Bartolomé, 2010. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 53-63.
- Burke, R. J. & Mikkelsen, A. (2006). Burnout among norwegian police officers: potential antecedents and consequences. *Int J Stress Manag*, 13(1), 64-83.
- Cáceres, C. (2013). *Burnout y condiciones laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales* (Tesis de licenciatura). Recuperada de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5099/CACERES_PAREDES_CRISTINA_BURNOUT_CONDICIONES.pdf?sequence=1
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en personal de enfermería (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Gacanadas/Documento.pdf>
- Cañadas de la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R. & De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52(1), 240-249.

- Chaudhry, M. A., Khokhar, M. M., Waseem, M., Alvi, Z. Z., & ul Haq, A. I. (2015). Prevalence and associated factors of burnout among military doctors in Pakistan. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 65(5), 669-673.
- Chiller, P. & Crisp, R. (2012). Professional Supervision: A Workforce Retention Strategy for Social Work? *Australian Social Work*, 65(2), 232-242.
- Cogollo, Z. y Gómez, E. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Avances en enfermería*, 28(1), 31-38.
- Colff, J. J. & Rothmann, S. (2014). Burnout of registered nurses in South Africa. *Journal of nursing management*, 22(5), 630-642.
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A. y Barbato, S. H. (2011). Adaptación y validación del Inventario Maslach para el Desgaste Profesional- encuesta para los Servicios de Salud en Cali, Colombia. *Colomb. méd*, 42(3), 286-293.
- Coronado, L. K. (2006). *Factores laborales y niveles estrés laboral en enfermeros de los Servicios de Areas Críticas y Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1011/1/Coronado_ll.pdf
- Coronado, J. M., Díaz, C., Apolaya, M. A., Manrique, L. M. y Arequipa, J. P. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 26(4), 230-238.
- Cosme, J. A. G. y Hernández, L. O. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), 42-50.
- Cox, T., Tisserand, M. & Taris, T. (2005). Editorial: The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work E Stress*, 19(3), 187-191.
- Cubas, F. y León, F. (2010). Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo. *Rev Soc Peru Med Interna*, 23(4), 133-139.
- Dávalos, H. (2005). *Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias "José Casimiro Ulloa"*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/davalos_ph/pdf/davalos_ph.pdf.

- de Jonge, J., Dormann, C., Janssen, P. P. M., Dolard, M. F., Landeweerd, J. A. & Nijhuis, F. J. N. (2001). Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: a cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 29-46.
- de Lange, A. H., Taris, T., Kompier, M. A., Houtman, I. L. & Bongers, P. M. (2005). Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work characteristics. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31, 3-14.
- DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 21(3), 267-275.
- Deschamps, A., Olivares, S.B., De la Rosa, K.L. y Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- Domínguez-Gómez, E. & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 273-274.
- Donders, N. C., Roskes, K. & van der Gulden, J. W. (2007). Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, 557-587.
- Ellapen, T. J. & Narsigan, S. (2014). Work Related Musculoskeletal Disorders among Nurses: Systematic Review. *J Ergonomics S4: S4-003*.
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.
- Espinosa, M. I., Zarate, M. R. y Fernández, L. V. (2007). El Burnout en el personal de Enfermería: ¿De qué manera no quemarse? *Enfermería Universitaria*, 4(2), 49-54.
- Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., & García-Jueas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. (Spanish). *Psicothema*, 24(2), 271-276.

- Gamonal, Y. L., García, C. D. M. y Silva, Z. I. (2008). Síndrome de burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Rev. enferm. herediana*, 1(1), 33-39.
- Gandek, B. & Ware, J. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: *The IQOLA Project Approach. Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 953-959.
- Gantiva, C. A., Jaimes, S. y Villa, M.C. (2010). Síndrome de *burnout* y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología del Caribe*, 26, 36-50.
- García-Calvente M., Mateo, I. y Gutiérrez, P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- García, C. y Giraldo, J. (2013). *Burnout en personal de salud* (Tesis de doctorado). Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1842/2/Burnout_personal_de_salud.pdf
- Gasparino, R. N. (2014). Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare de Enfermagem*, 19(2), 210-216.
- Gestal, J. (2001). *Riesgo del trabajo del personal sanitario*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Gil-Monte, P.R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29(2), 237-241.

- Gil-Monte, P. R., Nuñez, E. M. y Selva, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 227-232.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica*, 16(6), 378-386.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Grau, E., Gil-Monte, P., García, J. y Figueiredo, H. (2009). Efectos de los Conflictos Interpersonales Sobre el Desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y su Influencia Sobre la Salud. Un Estudio Longitudinal en Enfermería. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 72-79.
- Grazziano, E. S. y Ferraz, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18), 1-20.
- Grossi, G., Thomten, J., Fandino-Losada, A., Soares, J.J. & Sundin, O. (2009). Does burnout predict changes in pain experienced among women living in Sweden? A longitudinal study. *Stress and Health*, 25(5), 397-311.
- Guerrero, L., y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), 610-633.
- Guzmán, L. y Guzmán, M. (2010). Factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Militar Central. *Revista científica de la Universidad Peruana de Integración Global*, 1(1), 32-27.
- Hadjez, E. (2013). Superando el enfoque biopsicosocial para dar paso a los determinantes sociales y económicos de la salud en el modelo de salud familiar. *Medwave*, 13(1), 1-3.
- Halbesleben, J. R. B. & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30, 859-879.

- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. & Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources and health. *J Occup Health Psychol*, 9(3), 220-237.
- Hayes, B. & Bonner, A. (2010). Job satisfaction, stress and burnout associated with haemodialysis nursing: a review of literature. *Journal of Renal Care*, 36(4), 174-179.
- Henríquez, D. (2008). *Niveles de estrés laboral de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-MINSA*. (Tesis de licenciatura). UNMSM, Lima.
- Hernández, C., Juárez, A., Hernández, E. y Ramírez, J. A. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería*, 13(3), 125-131.
- Hernández, C. I, Llorens, S. y Rodríguez, A. M. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fórum de Recerca*, (16), 837-846.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometä, E., Kalimo, R. & Nykyri, E. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*, 61(1), 59-66.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J. Emerg. Nurs*, 36, 420-427.
- Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and morbidity: a review of twentyseven community studies. *J Health Soc Behav*. 38(1), 21-37.
- Institut Municipal d' Investigació Mèdica (IMIM) (2007). Descripción del instrumento. Cuestionario de Salud SF-36. Versión española del cuestionario de salud SF-36 adaptada Alonso J., Prieto L., y Anto J.M.
- Ito, S., Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., & Hasegawa, T. (2014). Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work*, 49(2), 225-234.

- Jansson-Fröjmark, M. & Lindblom, K. (2010). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *International journal of behavioral medicine*, 17(4), 306-313.
- Jaworek, M., Marek, T., Karwowski, W., Andrzejczak, C. & Genaidy, A. M. (2010). Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses. *International journal of industrial ergonomics*, 40(3), 368-375.
- Jélvez, C., Ibañez, J. P. y Olivares, V. E. (2011). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciência & Trabajo*, 13, 176-180.
- Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. En R. G. Hughes (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality
- Jesse, M. T., Abouljoud, M. S., Hogan, K. & Eshelman, A. (2015). Burnout in transplant nurses. *Progress in Transplantation*, 25(3), 196-202.
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* 3era ed. New York: Guilford Press.
- Kompier, M. y Levi, L. (1995). *El estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas*. Dublin: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Väänänen, A., Heponiemi, T., Elovainio, M., Ala-Mursula, L., Virtanen, M., Pentti, J., Linna, A. & Vahtera, J. (2007). Job strain and adverse health behaviors: the Finnish public sector study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, 68-74.
- Laguna, J. (2014). *Nivel de estrés laboral que afectan al profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú-2013* (Tesis de especialidad). Recuperado de

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4526/1/Laguna_Bocanegra_Jhaydy_2014.pdf

- Landa, J. M., Berrios-Martos, M. P., López-Zafra, E. y Aguilar, M. (2006). Relación entre *burnout* e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 12, 479-493.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Leiter, M. P., Hakanen, J. J., Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2013). Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study. *Journal Of Organizational Behavior*, 34(7), 959-973.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). Burnout and health. *Handbook of health psychology*, 415, 415-426.
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E. & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *Journal Of Employment Counseling*, 47(2), 86-9.
- Llaja, V., Sarría, J. y Garcia, P. (2007). Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson - muestra peruana. Lima: *Centro interdisciplinaria en Neuropsicología*.
- Loli, A. (2000). Ambiente laboral y condiciones de salud de las enfermeras en los hospitales de las Fuerzas Armadas, ESSALUD y Clínicas Particulares de Lima Metropolitana-1996. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61(2), 136-141.
- López-Soriano, F. y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), 201-205.
- Lorenz, V. R., Benatti, M. C. C., & Sabino, M. O. (2010). Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(6), 1084-1091.
- Lostanau, A. V. y Torrejón, C. S. (2014). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTAUNAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1

- Luceño, L., Martín, J, Rubio, S y Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(1), 95-108.
- Luna, L., Mayor, A. y Taype, Á. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de Medicina Humana: un problema escasamente estudiado en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(1), 83-84.
- Manrique, B. Á. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5746>
- Manso-Pinto, J. F. (2006). Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory-Version Human Services Survey-en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 111-114.
- Maslach, C. (2003). Job burnout new directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1982): Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social psyhealth and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1986). Maslach burnout inventory.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), 498.
- Maslach, C., Schaufeli, B. & Leiter M. P. (2001). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 1-39.
- Matos, F., Winsley, J. & Williams, A. (2011). Prevalence of Nonfunctional Overreaching/Overtraining in Young English Athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(7), 1287-1294.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 633-642.
- Meda, R. M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. E. y Ortiz, G. R. (2013). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
- Melamed, S. (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain: A prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health*, 25(5), 313– 321.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132, 327–353.
- Melita, A., Cruz, M. y Merino, J.M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85.
- Mera, D. A. y More, E. N. (2014). Dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital Minsa y Essalud de Chiclayo, 2013. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/283/1/TL_MeraOlivaresDiego_MoreDuránErika.pdf
- Mercado, G. (2006). *Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Dos de Mayo*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/996/Mercado_tg.pdf?sequence=1
- Mesa, L. y Romero, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55-92.

- Mingote, J.C, Moreno, B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270.
- Ministerio de Salud de Chile (2010). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>
- Montero, M. (2012). Construcción psicosocial del concepto de salud: De la ética a la práctica. *Consciencia y Diálogo*, 3(3), 137-147.
- Montero, J., García, J., Fajó, M. & Carrasco, J. (2011). Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different 78 burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry*, 11(49), 1-13.
- Morales, C. M. (2007). *Nivel de estrés laboral de las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/546>
- Munayco, F., Cámara, A. y Torres, C. (2014). Síndrome de burnout en internos de medicina: un problema urgente. *Acta Médica Peruana*, 31(4), 249-249.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Ortega, M. (2015). *Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4031/1/Ortega_tm.pdf

- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Park, H. I., Jacob, A. C., Wagner, S. H. & Baiden, M. (2009). Job control and burnout: A Meta-analytic test of the conservation of resources model. *Applied Psychology*, 63(4), 607-642.
- Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, (13), 18-38.
- Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Perales, A., Chue, H., Padilla, A. y Barahona, L. (2011). Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 28(4), 581-588.
- Peterson U., Demerouti E., Bergstrom G., Samuelsson M., Asberg M. & Nygren A. (2008) Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 84-95.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43, 311-318.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y. y Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4(6).
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working with emergency department experience burnout: a review of the literature. *J. Emerg. Nurs*, 9, 57-64.
- Pruteanu, L. M. & Robu, V. (2015). Aspects of professional burnout among nurses. *International Scientific Committee*, 2(11), 287-292.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185.
- Quiros, S. M. (2013). *Burnout y afrontamiento en un grupo de agentes de tráfico del aeropuerto* (tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5098>

- Ríos, M. I., Godoy, C. y Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Ríos, M. I., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibidos en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178.
- Rivero, C. (2007). Prevalencia de estrés laboral en trabajadores asistenciales de la Dirección de Salud IV Lima Este. Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental. Lima Este. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/17888166/Estres-Laboral-en-Trabajadores-de-Salud-MINSA#scribd>
- Rholetter, W. M. (2013). Burnout (psychology). *Salem Press Encyclopedia*
- Rodríguez, J., Ruiz, F., Peñaloza, E., Eslava, J., Gómez, L.C., Sánchez, H., Amaya, J.L., Arenas, R. y Botiva, Y (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6098>
- Romero, J. (2006). Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica. *Liberabit*, 12(12), 85-92.
- Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 93-108). Madrid: Pirámide.
- Sabbah, I., Sabbah, H., Sabbah, S., Akoum, H. & Droubi, N. (2012). Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach burnout inventory-human services survey (MBI-HSS). *Health*, 4(9), 644-652.
- Sabogal, K., Herrera, S. y Farfán, D. (2015). Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 8(1), 56-62.

- Salas, L. G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1204>
- Salazar, F. R. & Bernabé, E. (2015). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 20(10), 1-9.
- Sánchez -Rodríguez, A. y De Lucas García; N. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencia prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-175.
- Savio, S. A. (2008). El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*, 5(8), 121-38.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220.
- Sevilla, C. (2009). *Síndrome de Burnout en enfermeras especialistas que laboran en áreas críticas del Hospital Nacional Luis N. Saenz de la Policia Nacional del Perú*. (Tesis de especialidad). Recuperado de <tp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=608912&indexSearch=IDht>
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H. & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44.
- Shirom, A. (2009a). Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y Consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 44-54.
- Shirom, A. (2009b). Burnout and health: expanding our knowledge. *Stress and Health*, 25(4), 281-285.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2005) Burnout and health review: current knowledge and future research directions. En G. Hodgkinson & F. Ford (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 269–308). Chichester: John Wiley & Sons.

- Silva, A. A., Pacheco, J. M., Da Silva, F. N. & Fischer, F. M. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 718-725.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M. & Goldberg, M. (2006). What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health*, 60(4), 364-372.
- Sirtori, V. (2012). Perspectivas de la salud. *Biociencias*, 7(2), 69-79.
- Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Ohlson, C., Theorell, T. & Jones, I. (2000). The impact of sense coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout, and psychophysiological stress indicators. *Work Stress*, 14(1), 1-15.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32, 443-462.
- Stone, P. W., Clarke, S. P., Cimiotti, J. & Correa-de-Araujo, R. (2004). Nurses' working conditions: implications for infectious disease. *Emerg Infect Dis*, 10(11), 1984-1989.
- Tavera, M. (2011). *Burnout en médicos oncólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tello, J. I. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009*. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/547/1/Tello_bj.pdf
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S. & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 344-362.
- Toppinen-Tanner, S., Ahola, K., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009). Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress and Health*, 25(5), 287-296.

- Torres, C. (2001). ¿Estrés o burnout? *Agenda salud*, 24, 1-8.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
- Umaña-Machado, A. (2007). Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. *Enfermería en Costa Rica*, 28(1), 5-11.
- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J. & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PloS one*, 10(8), 1-22
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R. & De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 14, 28-38.
- Vásquez, J. F., Maruy, A. y Verne, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 168-174.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50.
- Vévodová, Š., Vévoda, J., Vetešníková, M., Kisvetrová, H. & Chrastina, J. (2016). The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services. *Kontakt*, 18(1), 17-21.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vilela, Y. P. (2013). *Burnout y personalidad en enfermeras de un hospital militar* (Tesis de licenciatura). Recuperado de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5106/VILELA_ALEMAN_YULIANA_HOSPITAL_MILITAR.pdf?sequence=1

- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de Vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13(1), 15-31.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2006). Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud. *El Ágora USB*, 6(2), 165-174.
- Vinaccia, S. y Quinceno, J. M. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.
- Vinokur, A. D., Pierce, P. F. & Lewandowski-Romps, L. (2009). Disentangling the relationships between job burnout and perceived health in a military sample. *Stress and Health*, 25(5), 355–363.
- Ware, J. (2004). SF-36 Health Survey update. Qualitymetric incorporated and Tufts University Medical School. En Maruish, M. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ware, J., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A, Prieto, L. & Sullivan, M. (1998). The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal Clinical Epidemiologic*, 51(11), 1159–1165.
- Wilkerson, K. & Bellini, J. (2006). Intrapersonal and organizational factors associated with burnout among school counselors. *Journal of Counseling & Development*, 84, 440-45
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M. & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 233–239.
- Xie, Z., Wang, A. & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1537–1546.

- Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Li, H. & Lan, Y. (2013). Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. *International journal of nursing practice*, 19(5), 530-538.
- Yslado, R., Atoche, R., Cermeño, B., Rodriguez, D. y Sánchez, J. (2013). Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Conchucos, Ancash, Perú-2012. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 191-209.
- Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Anexo A

Consentimiento Informado

El presente estudio será desarrollado por alumna Aelyn Santivañez Santivañez, quien pertenece a la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo de esta investigación es conocer los niveles de estrés percibido y cómo este se relaciona con el estado de salud del personal de enfermería de un hospital nacional de Huancayo.

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos sociodemográficos y laborales, así como también dos cuestionarios relacionados con los temas mencionados anteriormente. Todo ello, le tomará, aproximadamente, un tiempo de 20 minutos. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria y ninguna de las pruebas que se le aplique resultará perjudicial para su integridad. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso le genere daño alguno. Asimismo, si alguna de las preguntas le causa incomodidad, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responder. Si tiene alguna duda adicional sobre el proyecto, puede consultar en cualquier momento durante su participación en él, contactándose con la investigadora al correo a20101166@pucp.pe o con la asesora de la investigación Mg. Mónica Cassaretto a través del correo mcassar@pucp.edu.pe o teléfono 016262000 anexo 4598.

Se agradece de antemano su participación.

Habiendo leído esta información, ¿Usted ACEPTA participar en la presente investigación?

NO

SI

Firma (Opcional)

Anexo B**Ficha de datos sociodemográficos y laborales**

A continuación, se le pide que responda a todas las preguntas de la manera más sincera posible. Recuerde que es un cuestionario anónimo y que los datos son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

1. EDAD: _____

2. SEXO:

Mujer Varón

3. ESTADO CIVIL:

Soltero Casado Conviviente
Separado Divorciado Viudo

4. ¿CUENTA CON EL APOYO ECONÓMICO DEL CÓNYUGE O PAREJA ACTUAL?

No Si

5. NÚMERO DE HIJOS: _____

6. GRADO DE ESTUDIOS: (Señalar si es completo o incompleto)

7. ¿REALIZA ALGUNA OTRA ACTIVIDAD REMUNERADA?

No Si Mencionar cuántas horas semanales: _____

8. ¿HA PRESENTADO EN EL ÚLTIMO AÑO ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD FÍSICA Y MENTAL?

No Si

SI HA RESPONDIDO SI, MARQUE CON UN ASPA CUÁL O CUÁLES DE LAS SIGUIENTES:

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Náuseas | <input type="checkbox"/> | Dorsalgias o lumbalgias | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> | Abortos espontáneos | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> |
| Problemas en el sueño | <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> |
| Problemas dermatológicos | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | TBC | <input type="checkbox"/> |
| Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Otros: _____ | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de nervios | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | Otros: _____ | <input type="checkbox"/> |

9. TALLA APROXIMADA: _____

10. PESO APROXIMADO: _____

11. CATEGORIA PROFESIONAL

Enfermera (o) Técnica (o) de Enfermería

12. AÑOS DE SERVICIO: _____

13. SERVICIO DE PERTENENCIA: _____

14. TIEMPO EN EL SERVICIO ACTUAL: _____

15. TIPO DE CONTRATO:

Contratado Nombrado CAS

16. TIPO DE TURNO:

2 X 2 3 X 2

17. HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA: _____

18. NÚMERO DE GUARDIAS A LA SEMANA: _____

19. TURNOS EXTRA EN LA SEMANA: _____

20. PROMEDIO DE PACIENTES POR TURNO: _____

21. TIEMPO DE DESCANSO EN EL TRABAJO: _____

| 22. ¿Cuán satisfecho está Ud. con...? | <i>Muy insatisfecha</i> | <i>Insatisfecha</i> | <i>Un poco insatisfecha</i> | <i>Un poco satisfecha</i> | <i>Satisfecha</i> | <i>Muy satisfecha</i> |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| Su carrera profesional | | | | | | |
| Su trabajo actual | | | | | | |
| Las relaciones con los médicos | | | | | | |
| Las relaciones con sus colegas | | | | | | |
| Los insumos disponibles | | | | | | |
| Ambiente físico en el que labora | | | | | | |

23. Indique el nivel de estrés que le generan cada una de las siguientes situaciones, de manera que el (1) es el nivel más bajo de estrés que dicha situación le produce y el (5) es el nivel más alto de estrés que experimenta.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Sobrecarga laboral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gravedad del estado de salud del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta de capacitación para intervenir en casos complicados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Excesiva demanda y ofensas por parte del paciente y sus familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta o deficiencia de los insumos disponibles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Conflictos con el equipo de trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Poco tiempo para descansar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta de un lugar adecuado para descansar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Otros: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo C

Resultados descriptivos de la Ficha Sociodemográfica y Laboral

| | <i>f</i> | <i>%</i> | | <i>f</i> | <i>%</i> |
|--------------------------------------|----------|----------|----------------------------------|-----------|------------|
| Sexo | | | Apoyo del cónyuge | | |
| Mujeres | 61 | 85.9 | Sin apoyo | 22 | 31 |
| Varones | 10 | 14.1 | Con apoyo | 49 | 69 |
| Grado de estudios | | | Categoría profesional | | |
| Técnico superior | 20 | 28.2 | Enfermero | 44 | 62 |
| Superior incompleto | 1 | 1.4 | Técnico de enfermería | 27 | 38 |
| Superior completo | 48 | 67.6 | Servicio de pertenencia | | |
| Maestría completa | 1 | 1.4 | Emergencia | 37 | 52.1 |
| Maestría incompleta | 1 | 1.4 | UCI | 34 | 47.9 |
| Estado civil | | | Tipo de contrato | | |
| Soltero | 19 | 26.8 | Contratado | 44 | 62 |
| Casado | 34 | 47.9 | Nombrado | 15 | 21.1 |
| Conviviente | 9 | 12.7 | Cas | 12 | 16.9 |
| Separado | 3 | 4.2 | Tipo de turno | | |
| Divorciado | 3 | 4.2 | 2 x 2 | 45 | 63.4 |
| Viudo | 3 | 4.2 | 3 x 3 | 24 | 33.8 |
| Estado civil (agrupado) | | | Act. remunerada adicional | | |
| Sin pareja | 28 | 39.4 | Sin actividad adicional | 56 | 78.9 |
| Con pareja | 43 | 60.6 | Con actividad adicional | 15 | 21.1 |
| Número de hijos (agrupado) | | | | | |
| Ninguno | 10 | 14.1 | | | |
| 1 ó 2 | 41 | 57.7 | | | |
| 3 a más | 20 | 28.2 | | | |
| | | | <i>M</i> | <i>De</i> | <i>Min</i> |
| Edad | | | 44.96 | 8.62 | 26 |
| | | | | | <i>Max</i> |
| Número de hijos | | | 1.73 | 1.1 | 0 |
| | | | | | 5 |
| Años de profesión | | | 17.77 | 9.81 | 2 |
| | | | | | 43 |
| Tiempo en el servicio actual | | | 11.01 | 7.33 | 1 |
| | | | | | 36 |
| Horas de trabajo semanales | | | 43.13 | 10.95 | 30 |
| | | | | | 96 |
| Número de guardias semanales | | | 2.14 | .80 | 0 |
| | | | | | 7 |
| Turnos extra semanales | | | 1.54 | 1.04 | 0 |
| | | | | | 4 |
| Número de pacientes por turno | | | 14.32 | 14.14 | 2 |
| | | | | | 72 |
| Minutos de descanso por turno | | | 30.89 | 42.56 | 0 |
| | | | | | 180 |

Anexo D

Confiabilidad de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del MBI – HSS

| | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento | | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Agotamiento Emocional $\alpha = .88$ | | | Realización Personal $\alpha = .70$ | | |
| B1 | .69 | .86 | B4 | .32 | .68 |
| B2 | .67 | .86 | B7 | .38 | .67 |
| B3 | .72 | .85 | B9 | .42 | .66 |
| B6 | .65 | .86 | B12 | .37 | .67 |
| B8 | .77 | .85 | B17 | .48 | .64 |
| B13 | .40 | .88 | B18 | .31 | .68 |
| B14 | .69 | .86 | B19 | .33 | .68 |
| B16 | .60 | .86 | B21 | .49 | .64 |
| B20 | .39 | .88 | | | |
| Despersonalización $\alpha = .67$ | | | | | |
| B5 | .62 | .54 | | | |
| B10 | .62 | .52 | | | |
| B11 | .61 | .53 | | | |
| B15 | .09 ^b | .77 | | | |
| B22 | .31 | .66 | | | |

n = 71

^b = Este ítem presenta una pobre capacidad discriminativa: $r < 0.2$

Anexo E

Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario de Salud (SF-36)

Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del MBI – HSS

| | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento | | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Escala Función Física $\alpha = .84$ | | | Escala Salud General $\alpha = .78$ | | |
| S3 | .62 | .81 | S1 | .62 | .73 |
| S4 | .46 | .83 | S33 | .45 | .77 |
| S5 | .42 | .83 | S34 | .46 | .77 |
| S6 | .59 | .81 | S35 | .57 | .73 |
| S7 | .65 | .82 | S36 | .73 | .67 |
| S8 | .61 | .81 | Escala Rol Físico $\alpha = .78$ | | |
| S9 | .59 | .82 | S13 | .56 | .74 |
| S10 | .59 | .82 | S14 | .77 | .61 |
| S11 | .52 | .82 | S15 | .55 | .74 |
| S12 | .35 | .84 | S16 | .48 | .78 |
| Escala Vitalidad $\alpha = .78$ | | | Escala Dolor Crónico $\alpha = .75$ | | |
| S23 | .65 | .69 | S21 | .62 | |
| S27 | .57 | .73 | S22 | .62 | |
| S29 | .58 | .73 | Escala Función Social $\alpha = .80$ | | |
| S31 | .53 | .75 | S20 | .67 | |
| Escala Salud Mental $\alpha = .68$ | | | S32 | .67 | |
| S24 | .45 | .63 | Escala Rol Emocional $\alpha = .83$ | | |
| S25 | .32 | .69 | S17 | .72 | .75 |
| S26 | .49 | .61 | S18 | .74 | .72 |
| S28 | .51 | .62 | S19 | .63 | .83 |
| S30 | .47 | .62 | | | |

n = 71

Anexo E

Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario de Salud (SF-36)

Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del MBI – HSS

| | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento | | Correlación ítem-test corregido | Alfa si se elimina el elemento |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Componente Salud Física $\alpha = .89$ | | | Componente Salud Mental $\alpha = .88$ | | |
| S1 | .53 | .88 | S17 | .72 | .86 |
| S3 | .59 | .88 | S18 | .75 | .86 |
| S4 | .49 | .88 | S19 | .60 | .87 |
| S5 | .47 | .88 | S20 | .60 | .87 |
| S6 | .59 | .88 | S23 | .60 | .87 |
| S7 | .57 | .88 | S24 | .51 | .87 |
| S8 | .56 | .88 | S25 | .30 | .88 |
| S9 | .47 | .88 | S26 | .58 | .87 |
| S10 | .50 | .88 | S27 | .54 | .87 |
| S11 | .50 | .88 | S28 | .64 | .87 |
| S12 | .31 | .89 | S29 | .56 | .87 |
| S13 | .52 | .88 | S30 | .57 | .87 |
| S14 | .68 | .87 | S31 | .44 | .88 |
| S15 | .31 | .89 | S32 | .70 | .86 |
| S16 | .53 | .88 | | | |
| S21 | .41 | .88 | | | |
| S22 | .71 | .88 | | | |
| S33 | .38 | .88 | | | |
| S34 | .44 | .88 | | | |
| S35 | .48 | .88 | | | |
| S36 | .49 | .88 | | | |

n = 71