



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN TÉCNICAS DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL
NACIONAL DE LIMA METROPOLITANA**

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

DESIRE SOFÍA ALIAGA BLANCO

ASESORA: MARIELA TAVERA PALOMINO

LIMA, 2012

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado la tranquilidad y fuerzas necesarias para culminar esta investigación a pesar de los obstáculos que surgieron en el camino.

A mi familia por su constante apoyo. A mi mamita Lily que desde el cielo ilumina mis pasos, construyó los cimientos que me guiaron durante mi formación académica y espiritual y, fue quien me incentivó a estudiar esta hermosa carrera, cada logro que he alcanzado ha sido gracias a ti. A mi papá Lucho por su ejemplo permanente de responsabilidad, constancia, éxito, valentía y sabiduría; tus valiosos consejos me ayudaron a crecer a nivel académico, profesional y personal, me enseñaste a luchar y nunca darme por vencida. A mi hermano Luis por el modelo a seguir que has sido desde que era pequeña, todas las metas que has alcanzado han sido siempre motivadoras para alcanzar mis propios objetivos; con tu particular visión de las cosas me enseñaste que la racionalidad también es un aspecto importante en mi vida y en mi carrera. A Pily por sus ánimos y preocupación desde mis primeros avances hasta la culminación de mi tesis. A mi abuela Patu, tía Silvia y tía Charo por sus palabras de aliento, su inmenso cariño y el gran soporte que me brindaron durante toda mi carrera, por el gran ejemplo de fortaleza y perseverancia que admiro tanto. A mi abuelo Teo porque sus palabras, historias, anécdotas y consejos resuenan hasta la actualidad a pesar de ya no estar físicamente con nosotros. Sin ustedes este producto no hubiera sido posible.

A mi asesora Mariela Tavera por la guía, paciencia, tiempo y dedicación que mostró en este proyecto, por sus oportunas correcciones, por su disposición a atender mis dudas e interrogantes y, por siempre motivarme y alentarme a seguir cuando las fuerzas flaqueaban. A Mónica Cassareto por el interés en esta investigación y por sus valiosos comentarios. A Diego Guerrero por sus aportes y sugerencias en las fases preliminares de mi tesis, cuando las ideas recién se perfilaban.

A mis amigos por su apoyo incondicional. A mis mejores amigos por estar pendientes de los avances de esta tesis, por festejar a mi lado cada logro y por darme el empuje que necesitaba en algunos momentos de cansancio o estrés. A los internos de psicología del hospital donde realicé mis prácticas pre-profesionales por apoyarme, comprenderme y alentarme de forma permanente, especialmente durante la ardua etapa de aplicación. A Andrés Pereyra por el gran soporte que me brindó durante este proceso, por sus ánimos, paciencia y apoyo.

A la Dra. Violeta Dongo, jefa del departamento de psicología del hospital donde se realizó la aplicación, por brindarme todas las facilidades para que esta tesis se pueda llevar a cabo, por su gran ayuda y cariño. A las participantes de esta investigación por la apertura y colaboración mostrada, sin su disposición este proyecto no se hubiera podido concretar.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que de alguna u otra manera influyeron para que esta tesis haya podido llegar a su término.

RESUMEN

En la presente investigación se exploran las relaciones de las seis dimensiones del bienestar psicológico con los tres componentes del síndrome de burnout en un grupo de 82 técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, cuyas edades fluctúan entre 23 y 67 años. Para ello, se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Riff y el Inventario de Burnout de Maslash. Se obtuvo diversas correlaciones negativas entre las dimensiones del bienestar psicológico y los componentes de burnout. Se encontró que las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno y autonomía correlacionaban inversamente con los componentes negativos del burnout: agotamiento emocional y despersonalización, mientras que las dimensiones de relaciones positivas con otros y propósito de vida se relacionaron indirectamente sólo con el agotamiento emocional. Asimismo, no se obtuvo ninguna correlación con la realización personal y la dimensión de crecimiento personal. Por otro lado, la dimensión de dominio del ambiente es la que mantiene la mayor relación con el agotamiento emocional y la dimensión de autonomía con el componente de despersonalización. Además, se pudo concluir que es probable que el trabajo no sea el elemento más importante en la vida de las participantes.

Palabras Clave: Bienestar Psicológico, Burnout, Técnicas de enfermería

ABSTRACT

The present study explores the relationship between the six dimensions of the Psychological Well-being and the three components of Burnout's Syndrome in a group of 82 nurse techniques between 23 and 67 years old from a National Hospital in Lima Metropolitana. The Psychological Well-Being Scale and Maslash Burnout Inventory were used to measure this constructs. Negative correlations were found between the dimensions of Psychological Well-Being and the components of Burnout's Syndrome. It was found that the dimensions of self-acceptance, environmental mastery and autonomy correlated inversely with negative components of burnout: emotional exhaustion and depersonalization, while the dimensions of positive relationships with others and purpose in life is only indirectly related to emotional exhaustion. Furthermore, no correlation was found with the component of personal accomplishment and the dimension of personal growth. On a more detail analysis, the dimension of Environmental Mastery was the one which maintains the strongest correlation with the component of emotional exhaustion and the dimension of autonomy with depersonalization. Furthermore, it was concluded that seems the work isn't the most important element in the lives of the participants.

Key Words: Psychological Well-Being, Burnout, Nurse techniques

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	23
REFERENCIAS	35
ANEXOS	
A: Instrumentos	41
A1: Consentimiento Informado	41
A2: Ficha sociodemográfica	42
A3: Maslach Burnout Inventory	44
A4: Escala de Bienestar Psicológico	45
B: Niveles y puntos de corte del Burnout	49
C: Análisis estadísticos	50

INTRODUCCIÓN

Actualmente, vivimos en una sociedad que valora mucho la inmediatez y la cual impone una serie de exigencias y demandas para que una persona sea considerada exitosa. Esta situación es causada por constantes cambios que se ven forzados a enfrentar las personas, acompañados de un ritmo acelerado de vida, los mismos que han provocado la reformulación de muchas metas y objetivos, exigiendo a las personas un mayor nivel de autonomía, flexibilidad e iniciativa para poder adaptarse (Tello, 2010).

Asimismo, se han ido originando modificaciones en el ámbito laboral en las últimas décadas que han generado que el ambiente de trabajo sea un contexto cada vez más estresante y demandante, considerando que el trabajador debe cumplir una serie de compromisos, responsabilidades y exigencias que podrían llegar, incluso, a exceder sus propios recursos. Por lo tanto, se podría originar una brecha entre los requisitos del puesto laboral y el rendimiento y competencia del individuo (Gil-Monte, 2005). Estas situaciones generan estrés en el ambiente de trabajo y podrían ocasionar una serie de alteraciones en la salud a nivel físico y emocional (Tello, 2010), así como en el bienestar psicológico de las personas (Oramas, Santana & Vergara, 2006).

Este es el entorno laboral que enfrentan las personas que desempeñan una labor asistencial, como médicos y personal de enfermería. Como sostiene López-Soriano y Bernal (2002), estos profesionales diariamente atraviesan sucesos estresantes relacionados con el tratamiento de la enfermedad de los pacientes y el trato hacia ellos, pues están encargados de los cuidados de personas con sufrimiento físico y psicológico. Por tal razón, tienen contacto directo con la enfermedad, invalidez, sufrimiento y necesidad (Mingote & Pérez, 2003); viéndose forzados a lidiar cotidianamente con los problemas y preocupaciones de los pacientes (Sarria, García & Llaja, 2008).

Asimismo, el exceso de actividades que realizan pueden ocasionar un decremento en la salud y el rendimiento de estos profesionales (Mercado, 2006). Como se puede apreciar, están involucrados en situaciones de alto nivel emocional (Mercado, 2006), que de no ser afrontadas con estrategias adecuadas podrían exceder sus mecanismos de compensación, afectar el bienestar psicológico y conducir finalmente a diversas consecuencias como el síndrome de burnout (López-Soriano & Bernal, 2002).

El personal de enfermería cuenta con un gran riesgo para la adquisición del síndrome de burnout (Albar et al., 2004), pues sus funciones implican gran esfuerzo mental y físico, constantemente sus tareas se ven interrumpidas y reorganizadas, lo cual

intensifica el nivel de carga del trabajo que realizan y, está vinculado con pacientes que atraviesan circunstancias de gran ansiedad y aflicción (Llor, 1995 en Mercado, 2006).

Según Schaufeli, Maslach & Marek (1993), los dos principales estresores de esta población son la incertidumbre y el desbalance entre las inversiones y los resultados con los pacientes. La incertidumbre hace referencia a que el personal de enfermería puede no tener claridad sobre qué sentir, pensar y actuar; y aunque su rol como profesional parece evidente, puede poseer incertidumbre en cómo llevar a cabo sus funciones. El desbalance se relaciona con la espera de una recompensa, como la gratitud, a cambio de la atención, empatía y cuidado otorgado a los pacientes. Asimismo, estos profesionales atienden a un gran número de personas al día y sus tareas se centran en estar permanentemente a su servicio, atendiendo sus necesidades y requerimientos (Tello, 2010; Mercado, 2006). Por tal razón, el síndrome de burnout adquiere importancia en este contexto ya que podría ser una consecuencia del estrés experimentado.

Este síndrome fue abordado a mediados de los años 70 en Estados Unidos por Freudenberger, quien acuñó el nombre debido a que voluntarias del centro donde trabajaba empezaron a sentir un gradual agotamiento emocional y pérdida de motivación y compromiso. Asimismo, Maslach adoptó este nombre al descubrir que la activación emocional en el trabajo y las estrategias cognitivas, como el interés y la deshumanización del paciente en defensa propia, tenían efectos en la identidad profesional de las personas y en su comportamiento laboral (Schaufeli et al., 1993).

El síndrome de burnout hace referencia a “estar quemado” o “quemarse” en el trabajo; proviene del idioma inglés (*to burnout*: quemarse, *burn out*: haberse quemado) y en psicología es conocido como el síndrome de fatiga laboral, desgaste profesional o estrés ocupacional, que se produce como una respuesta provocada por el estrés laboral crónico (Garduño-Juárez, 2008). Este síndrome de estrés ocupacional se produce como una respuesta provocada por el estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005).

Según Maslach & Pines (1977 en Gil Monte, 2005), este síndrome está caracterizado por agotamiento físico y emocional, el cual involucra actitudes negativas hacia el trabajo, bajo autoconcepto y pérdida de interés de los profesionales hacia los individuos que atienden. Es decir, el síndrome de burnout es una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo y se define a través de tres componentes: agotamiento emocional, cinismo o despersonalización y sentido de ineficacia o falta de realización personal (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Gil-Monte (2005) sostiene que el agotamiento emocional es la incapacidad de los trabajadores de otorgar más de sí mismos a nivel afectivo, sintiéndose al límite de sus capacidades (Salas, 2010). Es decir, se sienten emocionalmente sobrecargados y exhaustos producto del contacto continuo de los individuos que atienden; sus recursos emocionales y capacidad de entrega a los demás se ven reducidos (Sarria et al., 2008). Asimismo, incluye síntomas como pérdida de energía, debilidad, fatiga y agotamiento físico producto de las tareas que se realizan (Schaufeli et al., 1993, Salas, 2010).

Con respecto a la despersonalización, Schaufeli et al. (1993) indican que se refiere a una respuesta negativa hacia los destinatarios del servicio brindado por los profesionales. Involucra respuestas impersonales y frías, usos de etiquetas despectivas, sentimientos y actitudes negativas hacia las personas que atienden (Sarria et al., 2008). Como consecuencia de este endurecimiento emocional, los profesionales percibirán a estas personas cada vez más deshumanizadas, se sentirán insensibilizados afectivamente y tenderán a culparlas por los problemas que presentan, considerando que los merecen (Gil-Monte, 2005; Sarria et al., 2008). Asimismo, las culparán de la frustración y fracaso que presenten en su entorno laboral. La despersonalización, además, incluye sentimientos de irritabilidad y pérdida de idealismo (Schaufeli et al., 1993, Salas, 2010).

La falta de realización personal hace referencia a la autoevaluación negativa de los trabajadores en relación a su competencia laboral, la cual tiene efectos en la capacidad para realizar sus tareas laborales y en la forma de relacionarse con las personas que atienden. Por ello, los profesionales se sentirán descontentos consigo mismos y con su labor, y poco satisfechos de sus productos en el ámbito laboral (Gil-Monte, 2005, Maslach & Jackson, 1981). Según Schaufeli et al. (1993), hay un decremento en los sentimientos de competencia, acompañado de reducida productividad e incapacidad para enfrentar las demandas laborales. De tal forma, podemos entender desde esta aproximación que una persona que posee el síndrome de burnout tendrá altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y baja realización personal.

Se ha encontrado la presencia del síndrome de burnout en diferentes cargos o puestos profesionales como administrativos, auxiliares de clínica, cirujanos dentistas, cuidadores de pacientes geriátricos, deportistas, docentes, médicos de atención especializada, médicos de atención primaria y especial, profesionales de enfermería, profesionales de salud mental, psicólogos, trabajadores sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios administrativos (Lozano & Montalbán, 1999; Caballero, Bernejo, Nieto & Caballero, 2001; Díaz, Lartigne & Acosta, 2001, Bujalance

et al., 2001; Garcés, 1995; Guerrero & Vicente, 2001; Tello, Tolmos, Váñez & Vázquez, 2002; Ormedo et al., 2001; Caballero et al.; García, 2005; Buendía & Riquelme, 1995; Gil Monte & Peiró, 2000 en Ortega & López, 2004). Así, se puede observar que la mayoría de los estudios están centrados en los profesionales que cumplen labores asistenciales. Por tal motivo, diversos autores han señalado que los trabajadores asistenciales presentan más riesgo de sufrir burnout (Rubio, 2003).

De acuerdo a lo antes mencionado, Palmer, Gómez-Vera, Cabrera-Pivaral, Prince-Vélez y Searcy (2005) refieren que este síndrome generalmente se presenta en trabajadores que laboran en centros de salud y que se encuentran en contacto directo con los individuos que atienden, los cuales están en situación de dependencia o necesidad. Asimismo, cuánto más cercanas son las relaciones interpersonales con los usuarios el riesgo de padecer burnout se incrementa (Maslach & Leiter, 1997 en Rubio, 2003).

Con respecto a la variable sexo no se han encontrado resultados consistentes. Algunas de las investigaciones han hallado que los varones puntúan más alto en despersonalización, mientras que las mujeres obtienen un mayor puntaje en agotamiento emocional (Atance, 1997; Gil Monte, 2005; Tonon, 2003; Maslach et al., 2001), lo cual podría ocurrir por los roles de género asignados a cada uno de ellos, donde a la mujer se le otorga una posición más afectiva. Además, González (2006) sostiene que las mujeres conforman el grupo más vulnerable, debido a que por un lado, deben ejercer una doble carga laboral relacionada con su práctica profesional y la responsabilidad de su hogar y, por otro lado, a la elección de especialidades donde siguen ejerciendo un rol de servicio y cuidado, como enfermería o consejería. Dichas profesiones hacen que las mujeres sean más propensas a desarrollar el síndrome de burnout (Maslach & Jackson, 1985).

Por otro lado, Quiroz y Saco (1999) refieren que los factores de riesgo individuales relacionados con el burnout son la personalidad obsesiva compulsiva, la tendencia a suprimir sentimientos y ser perfeccionista, la dificultad para dejar de cumplir grandes demandas, el sentimiento de ser poco competente y responsable, la dificultad para tomar vacaciones, la imposibilidad de hablar con otras personas acerca de los propios problemas y la autoestima baja. Asimismo, en una investigación hecha por Atance en España (1997) en médicos y enfermeras se encontró que el perfil de riesgo para que una persona desarrolle este síndrome era de mujeres mayores de 44 años que no cuentan con una pareja estable. Algunos factores de riesgo laborales indican que la persona tenga más de 19 años en una profesión de atención especializada y más de 11 años en el centro de trabajo. Sumándose a lo antes señalado, el perfil correspondía a un

trabajador con un número mayor de 21 pacientes diarios a su cargo, a los cuales dedica más del 70% de la jornada laboral trabajando entre 36 y 40 horas semanales.

Palmer et al. (2005), por su parte, señalan que la sobrecarga de trabajo es el factor de riesgo más importante para que el ámbito laboral de una persona pueda verse afectado, puesto que con limitados recursos y en un tiempo reducido el individuo debe producir más. Asimismo, estos autores identifican como otros potenciales factores de riesgo a la pérdida de cordialidad con las demás personas; la pérdida de control sobre lo que se efectúa, cuando el trabajador no posee control necesario de los recursos que necesita; el conflicto con los valores al estar en contraposición las exigencias laborales con los principios morales; la falta de reconocimiento que va a generar disminución; y la injusticia, cuando no se respeta a los trabajadores y no se les atribuye sus méritos.

Por todo lo antes señalado, el desarrollo y el progreso del síndrome de burnout va estar influido por variables individuales como laborales. Sin embargo, el entorno de trabajo será el desencadenante de los síntomas de este síndrome, mientras que las variables personales, demográficas y de personalidad, van a ser responsables de la frecuencia e intensidad en que esta sintomatología se desarrolle (Gil-Monte, 2005).

En 1984 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) refirieron que factores psicosociales en el trabajo podrían estar ocasionando daños físicos y psicológicos para la salud, teniendo un impacto en el comportamiento de los trabajadores y en el nivel de estrés experimentado (Garduño-Juárez, 2008). Asimismo, en el año 2000, la OMS consideró al síndrome de burnout como un síndrome de riesgo laboral (Palmer, et al., 2005), que podría tener un impacto en las relaciones entre los profesionales de las instituciones (Garduño-Juárez, 2008), como en la calidad de los servicios que se le brinda al público. No obstante, esta problemática no sólo está relacionada al entorno laboral; sino que también puede tener efectos en otras áreas como en las relaciones familiares e interpersonales de los individuos, pues los trabajadores afectados comienzan a sentirse irritables, su atención disminuye y pueden presentar alteraciones en el sueño (Quiroz & Saco, 1999).

Como se ha mencionado, las consecuencias del síndrome de burnout podrían ser perjudiciales para el bienestar de las personas, ya que como lo señala Antonovsky (1988 en Salas, 2010) un individuo tiende a reaccionar con una respuesta de tensión ante un estímulo perturbador al que tiene que hacer frente, como son los diversos factores ya señalados que podrían generar este síndrome; y el grado de adaptación o control de la tensión experimentada va determinar si el resultado será psicopatológico, neutral o

salugénico. Por tal motivo, resulta interesante poder evaluar la relación que podría existir entre el síndrome de burnout y el bienestar psicológico de los trabajadores.

El bienestar psicológico es un constructo que ha sido investigado con mayor frecuencia en las últimas décadas y se ha utilizado diferentes términos para su aproximación conceptual (Díaz et al., 2006). Estos estudios han originado la creación de dos grandes tradiciones: el bienestar hedónico, que involucra la calidad de vida, satisfacción con la vida y felicidad, y el bienestar eudaimónico, que está relacionado con el potencial humano (Ryan & Deci, 2001 en Díaz et al., 2006). Asimismo, algunos autores tales como Keyes, Ryff y Shmotkin (2002 en Díaz et al., 2006), han usado el término de bienestar subjetivo como principal agente de la primera tradición, mientras que el bienestar psicológico como representante de la segunda tradición.

La tradición eudaimónica refiere que el bienestar psicológico se relaciona con la realización personal como el planteamiento de metas y el crecimiento personal (Ryff, 1989 en Salas, 2010). Es decir, está focalizado en el desarrollo de las capacidades del ser humano y su crecimiento personal, considerando a ambos como importantes indicadores del funcionamiento positivo del individuo (Díaz et al., 2006). Además, este constructo recoge aproximaciones teóricas de perspectivas como la de Maslow, relacionada con el concepto de auto-actualización (1968 en Riff, 1989); la de Roger en relación al funcionamiento pleno (1961 en Riff, 1989); la de Jung (1933 en Riff, 1989) y Von Franz (1964 en Riff, 1989), con respecto a la formulación de la individuación; la de Allport (1961 en Riff, 1989), relacionada a la concepción de maduración y, la perspectiva de desarrollo de Erickson (1980 en Pardo, 2010). Estas perspectivas no han tenido un relevante impacto en el estudio del bienestar psicológico debido a la escasa validez y confiabilidad de sus procedimientos de evaluación (Riff, 1989).

Por tal motivo, Ryff decidió integrar todos los aportes de las perspectivas antes mencionadas, las cuales poseían muchos puntos en común, y así plantear un modelo multidimensional de bienestar psicológico. Este modelo está conformado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Las dimensiones hacen alusión a características centrales de salud mental, madurez, actualización, realización personal y reflejan un funcionamiento psicológico positivo (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

La autoaceptación contiene la evaluación positiva que una persona posee de ella misma y la evaluación de su vida pasada; es decir, las personas tratan de sentirse bien consigo mismas a pesar de ser conscientes de sus limitaciones (Díaz et al., 2006). En

resumen, es una autoevaluación a largo plazo que involucra conciencia y aceptación de las fortalezas y debilidades personales (Ryff & Singer, 2008).

Las relaciones positivas con otros implican poseer fuertes sentimientos de empatía, intimidad, confianza y calidez por todos los seres humanos, ser capaz de otorgar un grandioso amor, profunda amistad y, estar completamente identificado con los demás (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). De este modo, un individuo va a poder mantener relaciones estables y de calidad con los demás comprendiendo lo que implica una interacción recíproca (Díaz et al., 2006). También, está relacionado el interés que una persona puede mostrar por el bienestar y el cuidado de los demás (Ryff, 1995).

La autonomía hace alusión a un funcionamiento resistente a la aculturación (Ryff, 1989) que es descrito como un locus de evaluación interno, pues la persona se evalúa a sí misma según normas propias sin buscar la aprobación de los demás (Ryff, 1989, Ryff & Keyes, 1995). Es por ello que el individuo va necesitar enfocarse en sus propias convicciones y proteger su independencia para mantener su individualidad en diferentes contextos sociales (Ryff y Keyes, 1995). Además, las personas que poseen alta autonomía tienen la capacidad de resistir en mayor medida la presión social y de autoregular mejor su comportamiento (Ryff y Singer, 2002 en Díaz et al., 2006).

El dominio del entorno refleja la capacidad del individuo de poder elegir o crear un entorno favorable a sus condiciones psíquicas, controlar su contexto e influir sobre el mundo que lo rodea (Díaz et al., 2006). Incluye la capacidad de controlar actividades externas y usar de manera efectiva las oportunidades del ambiente, llegando a satisfacer las necesidades y valores de la persona (Ryff, 1995). Implica la participación del individuo en una esfera de actividad fuera de sí misma; logrando una capacidad de gestión eficaz de la vida y del mundo circundante, pudiendo manipular, controlar y cambiar de forma creativa diferentes entornos (Riff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

El propósito de la vida incluye las creencias del individuo que le dan la sensación de que hay un propósito y significado de la vida (Ryff, 1989). Es decir, las personas van a necesitar plantearse metas y concretar objetivos que le permitan otorgar sentido a su vida (Díaz et al., 2006).

Finalmente, el crecimiento personal involucra crecer, desarrollarse y expandirse como persona (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Para ello, la persona va requerir la actualización de uno mismo y el reconocimiento de sus potencialidades (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Para Ryff (1989), una característica importante es la apertura a la experiencia, pues el individuo estará en continuo desarrollo y experimentación en lugar

de quedarse en un estado fijo donde los problemas ya están resueltos; de modo que es necesario el crecimiento continuo, y el poder hacer frente a nuevos retos y tareas.

Con respecto a las variables demográficas y laborales, Ryff (1995) halló que las dimensiones de dominio del ambiente y autonomía se elevan de acuerdo a la edad, específicamente de la adultez joven a la adultez media; mientras que el crecimiento personal y propósito con la vida disminuyen con edad. Las relaciones positivas con otros presenta resultados inconsistentes con esta variable y la autoaceptación no se relaciona con la edad. Sin embargo, otras investigaciones posteriores no han encontrado diferencias significativas con esta variable. En relación al sexo, muchos estudios no han encontrado relaciones importantes entre hombres y mujeres, con excepción de la dimensión de relaciones positivas con otros, donde las mujeres puntúan más alto que los hombres (Ryff, 1995 & Cubas, 2003). Además, con respecto a las variables laborales se ha encontrado una relación negativa significativa entre autoaceptación y las horas que residentes permanecen en el hospital a la semana (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008).

Diversos estudios demuestran que existe una relación entre el síndrome de burnout y el bienestar psicológico. Por ejemplo, una investigación realizada en Lima por Salas (2010) con 179 docentes de ambos sexos de un centro educativo público, tuvo el objetivo de identificar una relación entre ambas variables. Para ello, el autor utilizó el Inventario burnout de Maslach y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Sánchez-Cánovas, la cual está conformada por cuatro escalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y el bienestar con las relaciones de pareja.

Los resultados de este estudio encontraron correlaciones negativas que fluctuaban entre -0.34 y -0.44 entre el bienestar psicológico y todos los componentes del síndrome de burnout. Con respecto al bienestar subjetivo y el síndrome de burnout, se halló una relación negativa muy significativa (-0.46), así como con todos las dimensiones del síndrome. Igualmente, las correlaciones entre el bienestar material y los componentes del síndrome de burnout resultaron pequeñas y negativas; no obstante, con la despersonalización no se evidencian relaciones relevantes. El bienestar laboral y el síndrome de burnout tuvieron relaciones negativas significativas (-0.44), así como todos los componentes del síndrome (entre -0.30 y -0.35). Finalmente, entre el bienestar con las relaciones de pareja y el síndrome de burnout también se obtuvieron correlaciones negativas con todas las dimensiones del síndrome (entre -0.18 y -0.29).

Asimismo, otro estudio realizado por Amutio, Ayestaran y Smith en España (2008) con una muestra de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y técnicos)

encontró que la mayoría de los evaluados presentaron niveles intermedios de burnout (52.1%), pero hubo una prevalencia significativa de individuos con niveles altos de agotamiento emocional (28.8%). Sólo 4.1% presentó niveles altos de burnout, y solamente 8% mostró niveles altos de bienestar psicológico. Además, los médicos fueron el grupo más grande que poseía el síndrome, sobretodo en agotamiento emocional (32.8%), y el grupo más pequeño que experimentaba niveles elevados de bienestar psicológico (6.8%) en comparación con los enfermeros (10.1%) y técnicos (7.6%). Asimismo, la investigación indicó que hay variables demográficas y laborales como la sobrecarga, falta de reconocimiento y desarrollo profesional que se relacionan significativamente con altos niveles del síndrome y bajos niveles de bienestar.

Además, se encontró que la monotonía del trabajo se asociaba significativamente con la cantidad de pacientes atendidos al día, de modo que los profesionales que atienden una mayor cantidad de pacientes presentan niveles mayores de burnout y menores de bienestar psicológico. Adicionalmente, se comprobó que este síndrome predice una serie de consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, socio-familiar, y profesional. Por su parte, el bienestar psicológico y la dureza emocional (compromiso, reto y control) amortiguarían dichas consecuencias. Por lo que la dureza emocional se encuentra asociada negativamente al síndrome de burnout y positivamente al bienestar.

Igualmente, otra investigación efectuada en Colombia (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008) que utilizó una muestra de 138 residentes de diferentes especialidades médico-quirúrgicas halló que el 43% obtuvo un nivel alto o medio, mientras que el 57% un nivel bajo del síndrome de burnout, siendo el componente de despersonalización el más presentado. Además, se encontró una correlación negativa muy significativa entre el síndrome de burnout y el bienestar psicológico, con excepción de los vínculos psicosociales (componente del Bienestar Psicológico) y despersonalización (componente del síndrome de burnout). Es decir, los demás componentes del bienestar psicológico (control de situaciones, aceptación de sí mismo y, autonomía y proyectos) correlacionaron negativamente con el síndrome de burnout. Cabe señalar, además, que hay una relación negativa relevante entre el bienestar psicológico y las horas que permanecen los residentes en el hospital semanalmente.

Como se conoce, el sistema de salud actual frecuentemente es modificado al responder a los avances tecnológicos y a las necesidades y expectativas de la sociedad, por lo que los profesionales que laboran en instituciones de salud enfrentan altos niveles de competitividad, enormes cargas de trabajo y tensiones ante las circunstancias que

atravesan (Mercado, 2006; Tello, 2010). Esta situación se debe a que, por un lado, el dolor y la muerte son aspectos de gran carga afectiva que se abordan cotidianamente en el ambiente hospitalario (Tello, 2010) y, por otro lado, a que la enfermería es reconocida como una profesión muy demandante y estresante debido a la sobrecarga de actividades y a la necesidad del profesional de encontrarse equilibrado tanto emocional como físicamente para poder brindar un servicio adecuado (Mercado, 2006).

Además, las técnicas de enfermería son las profesionales de menor rango o status dentro de la estructura organizacional de los centros de salud, por lo que constantemente deben estar en una condición de sumisión frente a las exigencias no sólo de los pacientes, sino también de otros profesionales como enfermeras y médicos. Estas características del ente burocrático donde laboran, el cual presenta diferencias en las funciones de trabajo, jerarquías y relaciones de poder podría influir en la percepción de control que estas trabajadoras poseen sobre lo que realizan, lo cual ha sido encontrado como un factor de riesgo para que el burnout se desarrolle (Palmer et al., 2005).

Asimismo, al ser las profesiones asistenciales una de las más vulnerables a desarrollar el este síndrome y las mujeres el grupo con mayor riesgo debido a la doble tarea que realizan, profesional y familiar, (Gil-Monte, 2005; Albar et al., 2004) resulta necesario investigar más acerca de la presencia de este síndrome y los niveles de bienestar psicológico en esta población, así como la relación que se podría encontrar entre ambos constructos.

Por tal razón, la relevancia de esta investigación radica en que permitirá tener una perspectiva de la situación en la que se encuentra una muestra del personal de técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de nuestro país, y la importancia del bienestar psicológico como una variable que puede tener alguna relación con el síndrome de burnout o viceversa. Asimismo, el estudio de esta población es importante ya que es una población en riesgo de la cual no existen investigaciones previas en nuestro contexto. Además, se busca crear conciencia de la relevancia de la intervención en relación a esta problemática, que de no ser abordada con prontitud, podría ocasionar un deterioro en la asistencia, calidad de cuidados y atención brindada a los pacientes.

Por todo lo antes expuesto, la presente investigación tiene el propósito de identificar en un estado habitual y natural y, en un determinado momento en el tiempo el nivel del síndrome de burnout y el bienestar psicológico en una muestra de técnicas de enfermería, así como la posible relación de estas dos variables.

MÉTODO

Participantes

Las participantes de esta investigación fueron 82 técnicas de enfermería de 23 a 67 años ($M=42.67$; $SD=11.6$) que fueron seleccionadas considerando la disponibilidad voluntaria de las trabajadoras de participar en el estudio. Además, se excluyeron a las técnicas de enfermería que no se encontraban contratadas en la institución, a aquellas que presentan dificultades cognitivas que impidieran poder comprender y responder los cuestionarios administrados y al personal masculino. De este modo, se excluyeron a 14 sujetos por no contar con los criterios previamente señalados.

En cuanto a las características demográficas, gran parte de ellas es casada o conviviente (61%), tiene 1 ó 2 hijos (58.5%), posee un grado académico técnico completo (57.3%) y religión católica (73.2%), ha nacido en Lima (64.6%) y se encuentra viviendo en distritos como Cercado de Lima, San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres (46.4%) junto a su familia nuclear (95.1%). Además, el 25.6% de las técnicas realiza actividades no deportivas en su tiempo libre (actividad religiosa, baile, lectura, música y viajes). Asimismo, el 32.9% practica actividad física como correr, realizar deportes y ejercicios.

En relación a las características laborales, el 51.2% se encuentra cumpliendo una laboral administrativa, que comprende el pedido y entrega de las históricas clínicas de los pacientes, la programación de citas, la entrega de interconsultas y, la esterilización y lavado de los materiales en algunos servicios; mientras que el 48.8% de las participantes realiza funciones asistenciales, las cuales incluyen el aseo, baño y alimentación de los pacientes, el arreglo de las camas de los pacientes internados, el lavado y esterilización de los materiales y la realización de guardias. Cabe señalar, que las guardias comprenden 12 horas seguidas de trabajo, tanto en turno diurno como nocturno.

En su mayoría, las técnicas trabajan 4 y 6 días a la semana (32.9% y 51.2% respectivamente) cumpliendo 36 horas semanales (64.6%). Además, el tiempo que tienen ejerciendo su profesión, los años de permanencia en el hospital y el número de pacientes que atienden por día varían entre las participantes (ver tabla 1). El 12.2% trabaja en otro lugar y el 45.1% realiza guardias. Asimismo, el 50% cree tener sobrecarga de trabajo, el 57.3% piensa que la relación con sus compañeros de trabajo es favorable, el 63.4% se encuentra satisfecha con su trabajo y el 23.2% se considera económicamente dependiente de otra persona.

Tabla 1*Medias y desviación estándar de variables laborales (N=82)*

Variab les	M	SD
Años de profesión	18.5	11.62
Permanencia en el hospital	16.51	11.52
Número de pacientes por día	30.26	16.29
Días de trabajo d la semana	5.04	1.07
Horas de trabajo a la semana	39.98	6.80

Medición

Se utilizó una ficha sociodemográfica con la finalidad de recabar información sobre las características demográficas y laborales. Se controlaron variables demográficas como edad, sexo, lugar de nacimiento y residencia, estado civil, personas con las que vive, hijos, nivel educativo, religión, si practica alguna actividad en su tiempo libre o algún deporte.

Asimismo, se controlaron variables laborales como años de profesión, años de permanencia en el centro de trabajo, especialidad médica y tiempo de permanencia en la misma, área de rotación y tiempo de permanencia en ésta, área previa de rotación, número de pacientes diarios, horas semanales de trabajo, si realiza otro trabajo, si realiza guardias y la frecuencia de éstas, relación con los compañeros de trabajo, si es económicamente dependiente, si cree tener sobrecarga de trabajo y si se encuentra satisfecha con su trabajo.

El síndrome de burnout es un constructo que ha sido ampliamente estudiado en países latinoamericanos. Actualmente, existen varios instrumentos que permiten medirlo, pero el que ha sido utilizado con más frecuencia es el Maslach Burnout Inventory (MBI). La primera versión de este cuestionario fue desarrollada por Maslach y Jackson en 1981 y la segunda, utilizada en esta investigación, en 1986. Este instrumento posee una estructura tridimensional, pues evalúa las tres variables del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Estos componentes son evaluados a través de 22 ítems que contienen sentimientos, actitudes y pensamientos que el profesional posee con su trabajo y sus clientes, los cuales son valorados a través de una escala de frecuencia tipo Likert con 7 alternativas de respuesta, que oscilan desde 0=Nunca hasta 6=Todos los días.

El agotamiento emocional (*Emotional Exhaustion-EE*) es evaluado a través de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8,13, 14, 16 y 20) y posee una puntuación máxima de 54, la despersonalización (*Despersonalization-D*) es medida a través de 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) y su puntaje mayor es de 30 puntos y, la realización personal (*Personal Accomplishment-PA*) es evaluada a través de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) y posee un puntaje máximo de 48. Los puntuaciones

elevadas de las dos primeras subescalas se relacionan con un nivel alto de burnout, mientras que en la tercera subescala, las puntuaciones bajas corresponden a un alto nivel del síndrome. Es decir, los puntajes altos de agotamiento emocional y despersonalización y los puntajes bajos de realización personal indicarán la presencia de síndrome.

El MBI no cuenta con un puntaje total que revele el diagnóstico de burnout, sólo evalúa los niveles de cada uno de los componentes del mismo. Por ello, sólo se podrá diagnosticar con burnout a aquellas personas que obtengan altos niveles en las escalas negativas (cansancio emocional y despersonalización) y bajos niveles en la escala de realización personal (Maslach et al., 2001). Para el resultado, los puntajes serán agrupados a través de un sistema de percentiles correspondiente para cada una de las escalas. Los resultados que se encuentren por encima del percentil 75 serán incluidos en la categoría “alto”, los que se hallen entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y los que se localicen por debajo del percentil 25 se incluirán en la categoría “bajo”.

Con respecto a la confiabilidad, las tres subescalas han alcanzado valores adecuados de consistencia interna alpha de Cronbach, presentando .90 para agotamiento emocional, .79 para despersonalización y .71 para realización personal (Maslach & Jackson, 1986). Asimismo, se aplicó el procedimiento test-retest en dos ocasiones. La primera se realizó en población graduada de servicios sociales con un periodo de tiempo de espera de dos a cuatro semanas entre las aplicaciones; obteniendo un índice de fiabilidad de .82 para cansancio emocional, de .60 para despersonalización y de .80 para realización personal. En el segundo procedimiento se trabajó con población educativa y el espacio de tiempo entre las aplicaciones fue de un año; alcanzando un índice de .60 para cansancio emocional, de .54 para despersonalización y de .57 para realización personal. Todos los índices fueron moderados, pero significativos al 1% de confianza (Seisdedos, 1997 en Tavera, 2010).

En relación a la validez del instrumento, el análisis factorial indicó una estructura de tres elementos, las cuales explican el 41% de la varianza total; el cansancio emocional explica el 20% de esta varianza y el 21% los otros dos componentes (Llaja, 2007). Además, tomando en cuenta la validez convergente, se relacionaron las puntuaciones del MBI con las puntuaciones de constructos relacionados al estrés laboral asistencial, considerando las evaluaciones del comportamiento de una persona que conoce al sujeto examinado, la presencia de algunas características laborales que usualmente desencadenan estrés y las medidas en otras variables que están relacionadas con este estrés (Tavera, 2010).

La adaptación al castellano fue realizada por Seisdedos en Madrid en 1986 y presenta una fiabilidad de .87 para agotamiento emocional, .57 para despersonalización y .57 para

realización personal (Gil-Monte & Peiró, 1999). Además, el MBI ha sido validado en países hispanos y latinoamericanos y, las diversas investigaciones estudios han obtenido resultados altos de la confiabilidad; no obstante, varios estudios han encontrado, a través del análisis factorial más de tres factores (García, Herrero & León, 2007; Alvarado, 2009; Manso, 2006).

La adaptación a nuestro medio fue realizada por Llaja, Sarriá y García (2007) a través de una muestra de trabajadores de salud peruanos, obteniendo un índice de .80 para cansancio emocional, .56 para despersonalización y .72 para realización personal (Llaja, 2007). En relación a la validez, el análisis factorial arrojó tres factores: el cansancio emocional explicaba el 21.55% de la varianza, la despersonalización 6% y la realización personal 11.9%. En general, los tres factores explicaban el 39.4%.

Muchas investigaciones peruanas han empleado el Maslach Burnout Inventory para evaluar el nivel de burnout de profesionales asistenciales que trabajan en instituciones de salud. Entre éstos destaca el estudio efectuado por Tavera (2010) en oncólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoclásicas (INEN), el de Guzmán y Guzmán (2010) en enfermeras del Hospital Militar Central, el de Gamonal, García y Silva (2008) en enfermeras de una institución de salud, la investigación de Aguilar y Gutiérrez (2007) en médicos de hospitales generales de Lima, la de López, Zegarra y Cuba (2006) en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, la de Mercado (2006) en enfermeras del Hospital Nacional Dos de Mayo, la de Dávalos (2005) en enfermeras del Hospital Nacional “José Casimiro Ulloa”, entre otros.

Para el presente estudio, se encontró una confiabilidad de .74 para agotamiento personal, .58 para despersonalización y .69 para realización personal.

El bienestar psicológico es un constructo que ha sido tomado en cuenta en diversos estudios las últimas décadas. Uno de los instrumentos más efectivos por su utilidad y fiabilidad en los resultados es la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989). Este cuestionario se encarga de medir el nivel de bienestar psicológico que una persona presenta a través de seis factores: autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito de la vida y autonomía. Los ítems de este instrumento se valoran a través de una escala tipo Likert que contiene 6 opciones de respuesta, las cuales oscilan entre 1=totalmente en desacuerdo hasta 6=totalmente de acuerdo.

Esta escala inicialmente estaba conformada por 120 ítems, pero debido a la longitud de la prueba se propuso la realización de dos versiones adicionales del instrumento disminuyendo ítems por cada dimensión: una versión de 84 ítems con 14 ítems por dimensión y otra de 18 ítems con 3 ítems por dimensión con resultados igualmente satisfactorios (Ryff &

Keyes, 1995). Para calificar esta escala será necesario convertir los puntajes de las respuestas negativas de algunos ítems, las respuestas positivas no sufrirán modificaciones. De esta forma, a las respuestas negativas se le asignará el valor inverso. Los puntajes elevados en cada una de las dimensiones indicarán la alta presencia de esa dimensión en el evaluado.

Los ítems de la primera versión fueron seleccionados debido a su alta correlación ítem-total y su adaptación al modelo teórico (Ryff, Lee, Essex & Schumutte, 1994 en Díaz et al., 2006). Asimismo, se encontró un coeficiente de alpha de Cronbach de .91 para la dimensión de autoaceptación, .88 para relaciones positivas con los otros, .83 para autonomía, .86 para dominio del ambiente, .85 para crecimiento personal y .88 para la subescala de sentido de vida (Ryff & Keyes, 1995).

En relación a la validez, Ryff (1989) encontró correlaciones positivas entre las subescalas del bienestar psicológico y las medidas de funcionamiento psicológico positivo como satisfacción con la vida, autoestima y locus de control interno, obteniendo coeficientes desde .25 hasta .73. Del mismo modo, los resultados del análisis indicaron correlaciones negativas con medidas de funcionamiento psicológico negativo como depresión y locus de control externo, alcanzando coeficientes desde -.30 hasta -.60. Con respecto a la validez factorial, en los estudios realizadas por Ryff (1989) y otros autores (Cheng & Chang, 2005; Clark, Marshall, Ryff & Wheaton, 2001; Van Dierendonck, 2004 en Pardo, 2010) se confirma la validez factorial del modelo de 6 dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico. Asimismo, un estudio efectuado por Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez (2008) en una muestra de españoles encontró que la escala posee seis factores, lo cual confirma el modelo de 6 dimensiones propuesto por Riff.

La Escala de Bienestar Psicológico fue validada en nuestro medio con estudiantes universitarios utilizando la versión de la prueba de 84 ítems y, adaptada a través de una traducción y validación semántica (Cubas, 2003). Esta escala fue sometida a un análisis factorial que encontró un factor que agrupa a las 6 subescalas del instrumento que explican el 64.1% de la varianza. El índice de consistencia interna, logrado a través del análisis ítems – test corregido obtuvo una correlación superior a 0.50.

Con respecto a la confiabilidad, se halló un índice alpha de Cronbach de .89 para toda la prueba. Las subescalas también alcanzaron un índice significativo de confiabilidad de alpha de Cronbach: .79 para autonomía; .80 para relaciones positivas con otros, .80 para dominio del ambiente, .78 para crecimiento personal, .82 para sentido de vida y .87 para autoaceptación (Cubas, 2003). Igualmente, otros estudios peruanos tales como la de Pardo

(2010) y Chávez (2008) han utilizado la Escala de Bienestar Psicológico de Riff y han encontrado niveles de confiabilidad adecuados.

Esta investigación encontró una confiabilidad de .92 para toda la prueba. Además, las dimensiones obtuvieron un coeficiente de alpha de Cronbach de .77 para autoaceptación, .74 para relaciones positivas con otros, .50 para autonomía, .74 para dominio del entorno, .71 para propósito con la vida y .64 para crecimiento personal.

Procedimiento

Para que el estudio pueda efectuarse se obtuvo la autorización del Departamento de Docencia e Investigación, contactándose posteriormente con las participantes en sus lugares de trabajo, según su disponibilidad y accesibilidad. Se explicó a las participantes de manera general el objetivo de la investigación y se les entregó un consentimiento informado para que cada una de ellas corrobore su participación. Para poder identificar en un estado habitual y en un determinado momento el nivel del síndrome de burnout y el bienestar psicológico se aplicaron los tres instrumentos antes mencionados. Primero se entregó la ficha sociodemográfica, luego se administró el Inventario de Burnout de Maslash y por último, la Escala de Bienestar Psicológico de Riff. De esta manera, se pudo determinar la relación de los diferentes componentes que cada uno de los instrumentos mide respectivamente.

El levantamiento de los datos se llevó a cabo durante cinco semanas y se efectuó de forma individual y en diferentes espacios físicos como consultorios, pasillos, salas de espera de los pacientes, cuartos de enfermeras y módulos de atención de las salas de hospitalización; dependiendo del lugar de trabajo y disponibilidad de las participantes. En torno a la aplicación, se acompañó a las técnicas respondiendo a las dudas que presentaban en ese momento. Además, en algunas ocasiones debido a las limitaciones de tiempo y espacio las trabajadoras no pudieron completar los instrumentos en el tiempo determinado. Por ello, se les dio una mayor cantidad de tiempo según su disponibilidad.

Luego de recolectar los datos antes mencionados, se prosiguió con la creación de la base de datos utilizando el programa SPSS 19.0, de forma que toda la información recabada pudo ser procesada. Los resultados encontrados en los instrumentos antes indicados fueron analizados con estadísticos descriptivos. En el caso del análisis de las posibles relaciones existentes entre los resultados hallados en los componentes del síndrome de burnout y las dimensiones del bienestar psicológico se empleó el coeficiente de correlación de Spearman porque la mayoría de las variables no eran normales.

RESULTADOS

Este estudio buscó identificar el nivel del síndrome de burnout y el bienestar Psicológico en un grupo de técnicas de enfermería, así como la posible relación de estas dos variables. La siguiente descripción de los resultados contendrá en primer lugar, los resultados de los niveles de los componentes del síndrome de burnout y las variables demográficas y laborales asociadas. En segundo lugar, los resultados encontrados con respecto a las dimensiones del bienestar psicológico y las variables demográficas y laborales relacionadas. Por último, se indicará la relación existente entre cada uno de los componentes del burnout y las dimensiones del bienestar psicológico.

Descriptivos del burnout y variables asociadas

Se obtuvo puntajes medios en todos los componentes del burnout: agotamiento emocional ($M=16.78$; $SD=8.78$), despersonalización ($M=5.72$; $SD=5.51$) y realización personal ($M=39.54$ $SD=7.34$), presentando cada uno desviaciones elevadas. El 30.5% se encuentran sanos; el 31.7% se ubica en riesgo, presenta un componente del síndrome en nivel elevado; el 29.3% se sitúa en tendencia; es decir, posee dos de los componentes del seriamente comprometidos y el 8.5% presenta burnout; es decir, altos grados de agotamiento emocional, alta despersonalización y bajos niveles de realización personal.

Además, los porcentajes de los niveles de agotamiento emocional son similares en los grupos alto (34.1%), medio (32.9%) y bajo (32.9%), prevaleciendo el nivel alto. En despersonalización los porcentajes predominantes se encuentran en el grupo alto (40.2%) y bajo (43.9%), mientras que un grupo pequeño corresponde al nivel medio (15.9%). En la realización personal los porcentajes equivalentes en los grupos alto (28%) y medio (31.7%), mientras que en el grupo bajo (40.2%) el porcentaje resultó más elevado (ver tabla 2 en anexo C).

En relación a las variables demográficas, sólo se identificaron diferencias significativas con dos variables para uno de los componentes negativos del burnout: despersonalización. En ese sentido, las técnicas divorciadas o separadas en comparación a las profesionales solteras presentan más despersonalización. Asimismo, las participantes que no practican actividad física obtienen mayores niveles de despersonalización que aquellas que sí la practican.

Con respecto a las variables laborales controladas, no se encontraron contrastes significativos entre los componentes del síndrome de burnout y las variables relacionadas con el trabajo.

Tabla 2*Contraste de medias y correlaciones para variables demográficas*

Variables	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Estado civil			
Soltera		6.2	
Separada/Divorciada		11.11	
U Mann Whitney		45.5*	
Práctica de actividad en tiempo libre			
Sí		4.78	
No		6.18	
U Mann Whitney		373**	

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ *Descriptivos del bienestar psicológico y variables asociadas*

En la tabla 3 se observa las puntuaciones de las escalas del bienestar psicológico. Notamos que el puntaje de todas las dimensiones fluctúa entre 60 y 67, presentando desviaciones elevadas que originan una gran dispersión. Asimismo, los valores de cada una de las dimensiones no difieren mucho entre sí.

Tabla 3*Medias y desviación estándar de las dimensiones del bienestar psicológico (N=82)*

Dimensiones	M	SD
Autoaceptación	64.55	8.41
Relaciones positivas con otros	63.95	8.26
Dominio del ambiente	65.02	8.10
Crecimiento personal	65.80	7.06
Propósito de la vida	66.96	7.74
Autonomía	60.91	6.79
Bienestar psicológico total	386.90	37.25

En relación a las variables demográficas, se hallaron diferencias significativas entre cuatro de las escalas del bienestar psicológico, autoaceptación, crecimiento personal, propósito de la vida y autonomía, con la edad, estado civil y tiempo de vida en Lima. Con respecto a las variables laborales, se identificaron contrastes significativos entre tres de las escalas del bienestar psicológico, autoaceptación, dominio del entorno y crecimiento personal, con permanencia en el hospital y dependencia económica.

En general, la dimensión en la que se presentaron más diferencias significativas fue crecimiento personal, siguiendo autonomía y autoaceptación y por último, dominio

del entorno y propósito de la vida. En este sentido, las participantes que viven más tiempo en Lima presentan niveles mayores de autoaceptación, crecimiento personal y propósito de vida; así como las que son económicamente dependiente de otros muestran grados más elevados de autoaceptación, crecimiento personal y autonomía. Finalmente, las personas de más edad y tiempo de permanencia en el hospital presentan más crecimiento personal y las solteras más autonomía que las casadas o convivientes (ver tabla 4). Por otro lado, no se encontró ningún contraste significativo con dimensión de relaciones positivas con otros.

Tabla 4

Contraste de medias y correlaciones para variables demográficas y laborales

Variables	Autoacep.	Relacion. Domin.	Crecimien.	Propós.	Autonom.
Edad			.27*		
Estado civil					
Soltera					57.65
Casada/Conviviente					62
U Mann Whitney					319*
Tiempo en Lima	.23*		.22*	.24*	
Permanencia			.29**		
Económicamente dependiente					
Si	68.37		68.58		64.42
No	63.40		63.95		59.46
U Mann Whitney	408*		392*		350**

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Correlaciones entre componentes del burnout y dimensiones de bienestar psicológico

Respondiendo al objetivo de la investigación, se efectuaron las relaciones entre los componentes del síndrome de burnout y las escalas del bienestar psicológico. Como se puede observar en la tabla 5, se hallaron dos relaciones principales entre el puntaje total de bienestar psicológico y las escalas negativas del burnout, agotamiento personal y despersonalización. Asimismo, existen múltiples relaciones inversas entre los componentes negativos del síndrome de burnout y las escalas del bienestar psicológico.

Las dimensiones que se encuentran correlacionadas significativamente con los dos componentes negativos del burnout son autoaceptación, dominio del ambiente y autonomía; mientras que relaciones positivas con otros, y propósito de la vida sólo se

relacionan con la escala de despersonalización. El crecimiento personal es la única dimensión con la que no se halló ninguna correlación con los componentes del burnout.

Como se puede apreciar en la tabla 5, todas relaciones encontradas son indirectas y la mayoría son bajas, excepto las correlaciones de dominio del entorno con los componentes negativos del burnout y, la correlación de la dimensión de autonomía con despersonalización que son medianas. Asimismo, se encuentra una relación indirecta y mediana entre el bienestar psicológico total y la despersonalización.

Además, no se encuentra ninguna relación significativa entre las dimensiones del bienestar psicológico y el componente positivo del burnout, realización personal.

Tabla 5

Correlaciones entre componentes del burnout y dimensiones del bienestar psicológico

Dimensiones/Componentes	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización personal
Autoaceptación	-.24*	-.24*	.17
Relaciones positivas con otros	-.15	-.23*	.22
Dominio del ambiente	-.33**	-.33**	.15
Crecimiento personal	-.06	-.20	.11
Propósito de la vida	-.21	-.28*	.11
Autonomía	-.26*	-.35**	.16
Bienestar psicológico total	-.25*	-.35***	.19

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Como se observa en los gráficos 1 y 2, los puntajes del bienestar psicológico total en los diferentes niveles de progresión del síndrome de burnout superan los 374. Asimismo, estos puntajes disminuyen de acuerdo a los niveles de burnout que presentan las participantes. Esta misma situación sucede con tres de las dimensiones del bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas con otros y autonomía), mientras que en los resultados de las otras dimensiones (relaciones positiva con otros, crecimiento personal y autonomía) no se cumple lo antes mencionado, mostrando fluctuaciones.

Además, es importante resaltar que la variabilidad de las puntuaciones de las dimensiones del bienestar psicológico en los diferentes niveles del burnout es mínima,

presentando sólo un ligero aumento o decremento en la mayoría de los casos. Asimismo, sólo se encontró diferencias significativas entre los niveles nada y tendencia con cinco de las escalas del bienestar y entre los niveles nada y burnout con una dimensión del bienestar (ver tabla 3 en anexo C).

Figura 1

Medias del bienestar psicológico total de acuerdo a los niveles de burnout

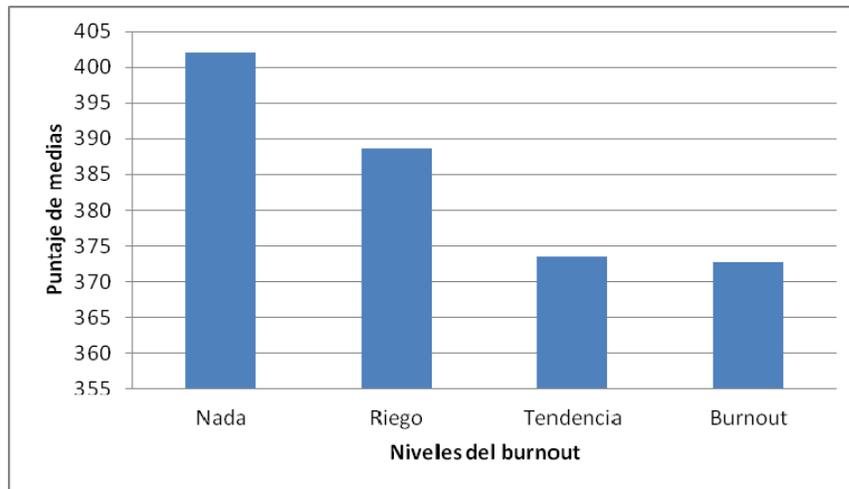
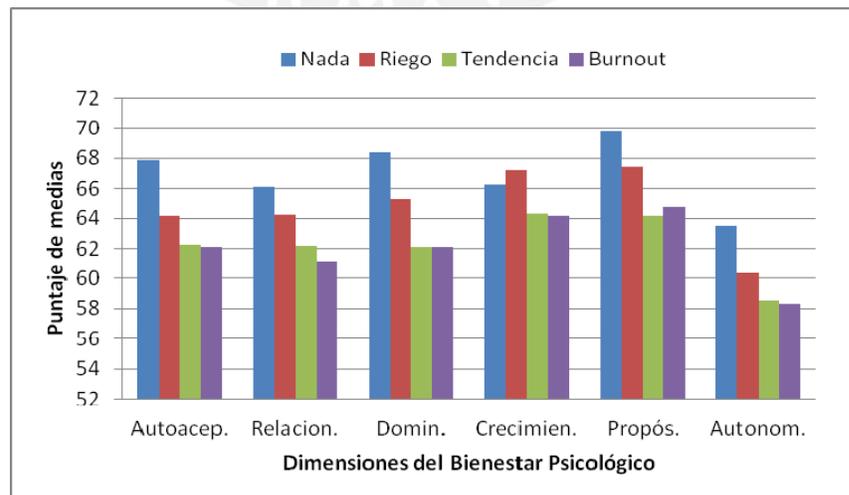


Figura 2

Medias de las dimensiones del bienestar psicológico de acuerdo a los niveles de burnout





DISCUSIÓN

Las características del contexto de trabajo y las situaciones que atraviesan las técnicas de enfermería en su quehacer cotidiano las expone a una serie de factores estresantes, los cuales van a tener un impacto en la manera cómo ellas se sientan y actúen en este entorno. Es importante destacar que los niveles elevados de estrés pueden ser muy perjudiciales para la salud física y mental de las personas que trabajan en un centro de salud, pero también para los pacientes y familiares que los rodean.

Si bien el 30.5% de las evaluadas se agrupan en la categoría de sanas, una cantidad considerable se encuentra en riesgo (31.7%) o con tendencia (29.3%) a desarrollar el síndrome de burnout. Es decir, más de la mitad de las participantes cuenta con uno o dos de los síntomas del síndrome, lo cual las incluye en una condición de vulnerabilidad de presentar el síndrome a corto plazo. Estos resultados confirman lo planteado por Palmer et al. (2005) en relación a que son los trabajadores de instituciones de servicio, frecuentemente en contacto directo con las personas que atienden, los que se encuentran más propensos a contraer este síndrome.

Además, a pesar de que sólo un grupo reducido (8.5%) presenta burnout es importante resaltar que la mayoría de ellas se encuentra experimentando estrés elevado en su trabajo, que está afectando su salud, a pesar de no poseer los tres componentes del síndrome. Es decir, las técnicas están experimentando estrés en el ámbito laboral y es el ambiente donde trabajan el cual los coloca en una condición de vulnerabilidad debido a las características que éste presenta. Incluso, es probable que estas profesionales estén presentando otras consecuencias y síntomas del estrés laboral, ajenas al burnout, que no se han considerado en esta investigación.

No obstante, estos resultados podrían también indicar que las participantes cuentan con recursos personales, como el bienestar psicológico, que las podrían estar protegiendo y evitando generar un resultado psicopatológico como el síndrome de burnout. Entonces, el bienestar psicológico podría estar amortiguando los efectos del síndrome, pues el bienestar corresponde a una evaluación de diversas áreas de la vida de una persona que reflejan un funcionamiento positivo. Tal como lo sugieren los estudios realizados en profesionales de salud como los datos antes mencionados, podría haber una relación bidireccional negativa entre el bienestar psicológico y el síndrome de burnout; es decir, el bienestar psicológico podría ser un factor protector al desarrollo del

burnout y éste último también podría influir en los niveles de bienestar experimentados en la población estudiada (Amutio, et al., 2008; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008).

Como se muestra en los resultados, se encontraron relaciones inversas entre el bienestar psicológico total y las escalas de agotamiento emocional y despersonalización del síndrome de burnout. Es decir, a mayor bienestar psicológico los niveles de agotamiento emocional y despersonalización tenderán a disminuir. Asimismo, se hallaron diversas correlaciones indirectas entre las dimensiones del bienestar psicológico y los componentes negativos del burnout antes mencionados. Estos hallazgos confirman la relación negativa que guardan ambos constructos, como se ha encontrado en otros estudios (Amutio, et al., 2008; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008), lo cual podría deberse a que el bienestar es una variable positiva y saludable, mientras que el burnout es un constructo patológico y perjudicial que surge como respuesta al estrés laboral crónico, es decir, a la exposición prolongada de estrés.

Las dimensiones del bienestar psicológico que se han asociado con más intensidad al burnout, generando relaciones inversas significativas con los dos componentes negativos del síndrome son autoaceptación, dominio del ambiente y autonomía. Estas dimensiones incluyen una evaluación interna y autoconocimiento de las características y competencias de una persona y cómo éstas se ponen en práctica en diferentes contextos y cooperan para alcanzar los objetivos que posee un individuo (Keyes et al., 2002; Ryff, 1989; Ryff, 1995). Es decir, involucran aspectos internos para un funcionamiento externo. Esa podría ser la razón por la cual estas dimensiones se han relacionado con dos de los componentes del burnout que corresponden justamente a un cambio interno (agotamiento emocional) y a un cambio externo (despersonalización).

Las participantes están más contentas consigo mismas cuando se sienten menos sobrecargadas emocionalmente con el trabajo y muestran menos actitudes negativas hacia sus pacientes. Una persona que sea capaz de aceptar sus fortalezas y debilidades va tener una visión más realista de ella misma y de sus vivencias y por ende, se va plantear metas alcanzables. De esta manera, va a experimentar menos frustración, pues será consciente de lo que puede y no puede obtener, lo cual le facilitará conseguir aquello que se ha propuesto y sentirse más satisfecha consigo misma. Es decir, las técnicas que poseen niveles más elevados de autoaceptación serán conscientes que pueden errar y que en algunas ocasiones no podrán cumplir con todas las demandas a las que se enfrentan en un tiempo reducido, ambas características consideradas factores de riesgo para la adquisición del síndrome de burnout (Quiroz & Saco, 1999).

Por el contrario, si las técnicas perciben como problemáticos e inadecuados algunos aspectos de sí mismas probablemente posean niveles bajos de autoaceptación ligados a una sensación de decepción e insatisfacción con respecto a ellas mismas y a su vida pasada (Ryff y Keyes, 1995). Ello podría incentivar que estas profesionales se sientan cansadas, frustradas e irritadas, ambas características que se presentan en el agotamiento emocional y en la despersonalización (Schaufeli et al., 1993, Salas, 2010).

Asimismo, al darse cuenta que algunas situaciones por las que atraviesan cotidianamente pueden saturarlas emocionalmente y generar que actúen de manera inadecuada con sus pacientes, así como poder reconocer y expresar los sentimientos que estas circunstancias están generando en ellas las ayudará a tomar medidas efectivas para reducir estas consecuencias y controlarse emocionalmente, pues la tendencia a suprimir sentimientos también es considerado un factor de riesgo para que se genere el síndrome (Quiroz & Saco, 1999). Además, tal como refiere Riff (1989) la autoaceptación es una característica muy importante de la salud mental, funcionamiento positivo y madurez.

Igualmente, las evaluadas que poseen un mayor control de su contexto se sienten menos cargadas afectivamente y poseen menos deshumanización. Es importante precisar que el dominio del entorno no sólo comprende al ámbito laboral, sino las diferentes áreas de la vida. Allport (1960, citado en Ewen, 2003) considera como uno de los criterios de madurez poder participar en distintas esferas significativas de la vida que vayan más allá de la persona, como el trabajo, la familia, los amigos, la política, etc. Si bien es cierto que el entorno laboral de las técnicas de enfermería suele ser bastante demandante y estresante, a medida que las trabajadoras sientan que poseen control sobre este espacio, que pueden influir en él de manera positiva y modificarlo de acuerdo a sus necesidades los niveles de agotamiento emocional y despersonalización serán menores. Además, la pérdida de control es uno de los factores de riesgo para el desarrollo del burnout (Palmer et al., 2005; Rubio, 2004).

Además, los individuos cuyo funcionamiento está basado en un locus de control interno poseen un mayor grado de control de las situaciones y por ende, expectativas más positivas y estrategias más efectivas para atenuar las consecuencias de los eventos estresantes (Rubio, 2004). Sin embargo, las participantes se encuentran en un ambiente donde poseen poco control por la condición de dependencia y sumisión en las tareas, decisiones y relaciones que poseen con los otros profesionales del contexto hospitalario. Es probable que las técnicas no esperen tener control sobre las decisiones relacionadas con el pronóstico del paciente, sino que sólo tengan la expectativa de realizar de forma

adecuada las funciones que tienen a su cargo y que dominen su entorno lo suficiente como para realizarlas de acuerdo a sus requerimientos. Por ende, a pesar de estas condiciones laborales, las técnicas que posean un mayor locus de control interno estarán más protegidas de experimentar agotamiento emocional y despersonalización.

Por el contrario, si las técnicas de enfermería presentan dificultades en cambiar, manejar o mejorar su entorno, así como complicaciones para realizar las tareas o asuntos cotidianos posiblemente van a sentirse agotadas, irritadas y frustradas, pues ello podría obstaculizar que cumplan con las tareas que tienen establecidas o las metas que desean lograr; lo cual puede influir en su estado emocional como en el trato que estas profesionales otorgan a las personas que atienden dentro del ambiente laboral. Por todo lo antes indicado, las personas con una menor percepción de control de su ambiente experimentan un mayor agotamiento emocional y como consecuencia de este daño emocional podrían estar empleando la despersonalización como mecanismo de defensa.

Asimismo, las técnicas que son más independientes se sienten menos afectadas emocionalmente en el trabajo y poseen menos actitudes negativas hacia sus pacientes. La capacidad de agencia y decisión, de manejarse de acuerdo a normas y creencias propias y, de no guiarse por la influencia del entorno son indicadores de una regulación del comportamiento desde el interior de la persona. Según Rogers (1961), uno de los criterios para que una persona pueda funcionar íntegramente supone utilizar un locus interno de evaluación. Es decir, no actuar buscando la aprobación de los demás, sino por el contrario incluir prioritariamente una evaluación propia. Las profesionales que tengan la facilidad de tomar decisiones por sí mismas y, de controlar y regular sus propias emociones en los diferentes aspectos de su vida estarán más protegidas.

Además, las técnicas que suelen evaluarse bajo estándares personales, sin ser muy afectadas por las evaluaciones de los demás podrían sentirse más empoderadas al tomar decisiones basadas en lo que ellas quieren y esperan en lugar de buscar la aprobación de las demás personas. Nuevamente, ello favorecería una actitud positiva de las participantes que cuentan con niveles elevados de autonomía, pues es probable que reconozcan oportunidades en situaciones adversas y se sientan más realizadas.

Las técnicas de enfermería son las trabajadoras con menos capacidad de autonomía dentro de la estructura organizacional de los centros de salud, pues las decisiones que toman estas profesionales no son tan determinantes con respecto a la vida o muerte de los pacientes, en comparación con la labor de enfermeras y médicos. No obstante, son capaces de tomar decisiones relacionadas con el bienestar y el cuidado

de las personas que atienden; tareas importantes, pero simples e inmediatas, como el aseo, baño, alimentación, arreglo de camas, pedido y entrega de historias clínicas, programación de citas, etc. Esta autonomía parcial podría estar protegiendo en lugar de exponer a estas técnicas a presentar agotamiento emocional y despersonalización y, colocarlas en una condición de riesgo de burnout.

Asimismo, se encontró que las técnicas económicamente dependientes puntúan más alto en estas tres dimensiones. Se esperaría que una profesional que no depende económicamente de otros posea un mayor bienestar que aquella que es dependiente porque cuenta con recursos que pueden ayudarla a satisfacer sus necesidades. No obstante, las técnicas evaluadas parecen funcionar de modo distinto. Es probable que en las dimensiones mencionadas no esté mediando mucho un factor externo (económico), pues el bienestar psicológico supone actualizar las potencialidades humanas con el objetivo de lograr un funcionamiento óptimo y realización personal (Deci & Ryan, 2006; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002), los cuales involucran factores más personales.

Por otro lado, estos resultados podrían haberse generado por confusión del término de dependencia económica con apoyo económico. Las profesionales se encuentran laborando en una institución y reciben un honorario por su trabajo; por ende, no tendrían que depender completamente de otro (cónyuge o familia). Sin embargo, podrían recibir el apoyo económico de otra persona, lo cual sí incrementaría los niveles de bienestar experimentados ya que otorgaría soporte social (instrumental), y el apoyo social es un elemento importante en la salud y en el bienestar de las personas (Aranda, Pando & Pérez, 2004). Asimismo, la percepción de ser dependientes económicamente podría otorgar más seguridad a las técnicas y disminuir la responsabilidad de los gastos y obligaciones que podrían tener al ser completamente independientes.

Las dimensiones del bienestar psicológico que se han asociado sólo con uno de los componentes negativos al burnout, presentando una correlación indirecta con el componente de despersonalización son relaciones positivas con otros y propósito de vida. Resulta esperable que la escala de relaciones positivas con otros se haya relacionado con la despersonalización, pues ambas se encuentran vinculadas más a un proceso externo, de intercambio con un otro. No obstante, es curioso que la escala de propósito de la vida se haya vinculado con la despersonalización y no con el agotamiento emocional cuando esta dimensión sí se encuentra más relacionada con un proceso interno. Este resultado podría reflejar que esta dimensión es tan sólida que necesita de un mecanismo extremo como la despersonalización para ser alterada. Es

decir, aspectos internos y emocionales no estarían teniendo gran impacto en el propósito de la vida como aspectos externos.

Las participantes mientras poseen más vínculos cercanos con otros presentan una menor deshumanización hacia sus pacientes. Resulta interesante esta relación ya que se esperaría que las técnicas que tienden a preocuparse por los demás, específicamente por sus pacientes, terminen involucrándose y como mecanismo protección terminen distanciándose de ellos. No obstante, el grupo de profesionales con el que se trabajó parece funcionar de manera diferente. Si estas trabajadoras otorgan un adecuado trato, atención y cuidado a sus pacientes, probablemente éstos también respondan de la misma manera ante ellas; disminuyendo de este modo la frustración que podrían experimentar las técnicas en su contexto laboral.

La cercanía, confianza, afecto, intimidad, interés y cuidado que las técnicas están manteniendo con otros son factores que las están protegiendo de la despersonalización. Lo antes señalado podría deberse, además, a que las personas con las que se vinculan estas profesionales no sólo son pacientes, sino también compañeros de trabajo con los que se establecen vínculos importantes debido a que comparten el mismo espacio de trabajo y las mismas situaciones cotidianas, por lo que pueden identificarse con más facilidad y tener mayor empatía. Estas relaciones interpersonales pueden ser una fuente de soporte social (instrumental y emocional), así como también una fuente de empatía, entretenimiento y distracción.

Sin embargo, no sólo las relaciones interpersonales que se mantengan dentro del ambiente laboral serán relevantes, sino también aquellas amistades de confianza que posean fuera del contexto del trabajo, pues los vínculos estrechos son una fuente de soporte y el apoyo social cumple un rol muy relevante en la salud y el bienestar de las personas (Aranda, Pando y Pérez, 2005). De acuerdo a ello, se ha encontrado, además, que la imposibilidad de hablar con otras personas acerca de los propios problemas es un factor de riesgo para que desencadene el burnout (Quiroz & Saco, 1999). Por ello, es importante el apoyo suficiente de familiares y amigos íntimos (Albar et al., 2004). Asimismo, Aranda et al. (2004) sostienen que el apoyo de las personas dentro del ambiente laboral (compañeros, supervisores o directivos) como fuera de él (cónyuge, hijos, amigos o familiares) es importante para reducir la sintomatología del burnout.

Además, las técnicas que le otorguen un mayor significado a su vida presentan una menor deshumanización hacia sus pacientes. La presencia de metas y un sentido de la propia existencia tenderán a disminuir la despersonalización. No obstante, si una

persona considera al trabajo como eje de su vida o su objetivo principal es ayudar a los demás probablemente se involucre demasiado con sus pacientes, tenga expectativas bastante altas, sea perfeccionista y tenga dificultad para dejar de cumplir con las demandas laborales, factores que podrían generar burnout (Quiroz y Saco, 1999).

Asimismo, si estas profesionales pueden ser capaces de otorgar significado a las actividades que realizan cotidianamente dentro y fuera del trabajo y, percibir como ventajas aquello que les sucede; es decir, encontrarle un sentido a su presente y construir de forma significativa su pasado, tendrán una actitud positiva frente a las diversas circunstancias que puedan atravesar con los pacientes en el ambiente hospitalario. Entonces, pareciera que el tener un propósito de vida tiende a disminuir las consecuencias del trabajo ejercido por el personal técnico de enfermería.

Es importante destacar que la despersonalización obtuvo correlaciones inversas significativas con casi todas las dimensiones del bienestar psicológico y como se ha mencionado dos de ellas se asociaron sólo con este componente. Estos resultados muestran que la despersonalización es la escala del burnout que compromete en mayor medida al bienestar psicológico, pues las dimensiones de este constructo aumentan a medida que el nivel de despersonalización disminuye.

Además, según menciona Paredes y Sanabria-Ferrand (2008), la despersonalización es el paso al acto y puede ser utilizada por los profesionales como un mecanismo de defensa y adaptación a las exigencias laborales, así como una estrategia de afrontamiento ante los eventos estresantes ya que los trabajadores se alejan de los pacientes para evitar involucrarse y perjudicarse emocionalmente. Es decir, la despersonalización está funcionando como un mecanismo de protección, producto de que a las técnicas les resulta desagradable lo que están experimentando y necesitan “actuar” para defenderse de lo que están sintiendo.

No obstante, a pesar de que la despersonalización sea utilizada para combatir los propios síntomas del burnout, este componente está afectando el bienestar psicológico del grupo evaluado. Es decir, “sentir” no está resultando tan amenazante al bienestar psicológico como “actuar”; de ahí que la mayoría de asociaciones se presenten con este componente. Esta situación refleja que muchas de las trabajadoras están empleando este mecanismo como defensa ante el gran nivel de sobrecargada y estrés por el trabajo realizado y, ello está ocasionando que sus niveles de bienestar tiendan a reducirse.

Asimismo, en la investigación realizada por Tavera (2011) se halló que la despersonalización dependía de variables personales, mientras que el agotamiento

emocional de variables laborales; lo cual explicaría también el motivo por el cual la mayoría de las dimensiones del bienestar psicológico, que involucran características personales y las variables demográficas, se han relacionado con la despersonalización.

Con respecto a la realización personal, no se encontró ninguna correlación con el bienestar psicológico total ni con sus dimensiones. Es decir, este componente no tiene una relación relevante con el bienestar como lo tienen los otros dos componentes del burnout ya señalados. Este resultado muestra que la realización personal se encuentra fuertemente ligada al trabajo, por lo que se esperaría una escasa relación con el bienestar psicológico que forma parte de un constructo global que abarca diversas áreas de la vida de la persona, no sólo la laboral. Asimismo, es posible que para la muestra estudiada la realización personal en el trabajo no esté relacionada con su bienestar; es decir, que el trabajo no sea el propósito fundamental en la vida de estas profesionales.

Asimismo, la dimensión de crecimiento personal tampoco se encontró asociada a ningún componente del burnout. Este resultado podría ocurrir debido a que el crecimiento personal es una dimensión que trasciende y abarca mucho más que las otras escalas del bienestar, pues requiere alcanzar todas demás dimensiones del bienestar psicológico (Ryff, 1989). Por ello, es probable que no se encuentre vinculado con los componentes del burnout que son escalas laborales específicas. Sin embargo, se encontró que esta dimensión se incrementa a medida que las edades de las técnicas aumentan. Estudios realizados en nuestro medio, como la de Cubas (2003) y Chávez (2008) no han hallado diferencias significativas con la edad de los participantes. Sin embargo, (Riff, 1995) encontró que el crecimiento personal muestra un decremento con la edad, especialmente de la adultez media a la adultez tardía; lo cual no concuerda con el resultado obtenido en esta investigación. Es muy probable que las profesionales con mayor edad hayan vivido más experiencias y cumplido con los objetivos trazados.

A medida que los años transcurren las personas realizan una redefinición de sus metas y del lugar que están ocupando en su contexto en ese determinado tiempo, por lo que la edad permite confirmar que muchos de los objetivos alcanzados, de los cambios realizados y de las situaciones vividas les han servido para mejorar, aprender, conocerse y expandirse como persona. Además es probable que estas profesionales tarden en ser económicamente independientes, por lo que sientan que recién están disfrutando de su independencia, autonomía y logro de metas en la adultez media.

Posiblemente, lo mismo ocurra con las técnicas de enfermería que tienen una mayor permanencia en el hospital, pues serán trabajadoras con más edad y mayores

recursos personales. Eso explica que las profesionales que permanezcan laborando en el hospital por mucho más tiempo tendrán niveles más elevados de crecimiento personal.

Tal como lo demuestran varias investigaciones, así como el presente estudio, existe una relación inversa entre el síndrome de burnout y el bienestar psicológico, puesto que este constructo refleja un funcionamiento positivo propio de la salud mental, el cual hace referencia a un indicador salutogénico contrario al burnout que hace alusión a un indicador patológico (Ryff, 1989). Es decir, ambos constructos están significativamente asociados.

Sin embargo, más de la mitad se encuentra en riesgo o con tendencia a desarrollar burnout, lo cual podría indicar que si bien es cierto que el bienestar psicológico podría ser un factor protector contra el síndrome, no está impidiendo su posible desarrollo. Además, es importante precisar que el bienestar psicológico es un constructo integral, dentro del cual el trabajo es sólo uno de los aspectos que involucra y pareciera que no es el eje de la vida de las participantes.

Asimismo, los resultados confirman que el síndrome de burnout también está influyendo en el bienestar psicológico. Si bien las investigaciones indican que el bienestar psicológico protege a las personas del burnout (Blasco, Llor, García, Sáez & Sánchez, 2002; Amutio et al., 2008; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Salas, 2010), no se puede determinar en qué medida el bienestar se puede ver afectado por el trabajo.

Además, como se había mencionado antes, es probable que las características del trabajo no generen una influencia tan grande en el bienestar psicológico de esta muestra. Por un lado, podría deberse a que se trata de un constructo global que abarca diferentes áreas de funcionamiento del individuo, supone una evaluación subjetiva de uno mismo y de la propia vida (Keyes et al., 2002) en base al ejercicio de una vida caracterizada por la actualización de las potencialidades humanas y funcionamiento óptimo (Deci & Ryan, 2006). Por otro lado, debido a que las dimensiones de este constructo son regularmente estables, sin mostrar altas fluctuaciones a corto plazo (Ruini, Ottolini, Rafanelli, Tossani, Ryff & Fava, 2003) y el bienestar no es considerado un resultado o estado final, sino es un proceso constante de realización (Deci & Ryan, 2006). Y

A pesar de que no se puede precisar la influencia del aspecto laboral sobre el bienestar psicológico es evidente que en las evaluadas el trabajo no adquiere la misma importancia que en otros profesionales. Por ejemplo, Cidoncha y Díez de Baldeón (2004) sostienen que las enfermeras están siendo cada vez más conscientes y responsables de la transcendencia de sus funciones, identificándose con su profesión y

afianzándola para asegurar la eficacia de su ejercicio profesional. Por otro lado, González (2006) refiere que la elección de la profesión de medicina está influida por tener vocación de servicio, pero también por una aspiración de prestigio, status, altas exigencias y reconocimiento social, los cuales se evidencian en su práctica profesional. Como se puede notar, en ambas profesiones el significado del trabajo ocupa un rol muy importante y coincidentemente son poblaciones con las se realiza de forma reiterada investigaciones sobre el burnout, pues generalmente se encuentra prevalencia del síndrome. Esta situación, en cambio, no sucede con las técnicas de enfermería quienes probablemente le estén otorgando mayor relevancia a otras áreas de su vida.

Asimismo, a pesar de que inicialmente se consideró como una población riesgosa a desarrollar burnout por tener un alto nivel de estrés debido a la gran demanda, presión y sobrecarga de trabajo por la cantidad de pacientes, el ambiente agitado en el que laboran y las circunstancias que en él pueden aparecer existen otras características específicas de esta población que las están protegiendo de efectos más severos.

Esta situación podría deberse debido a que por un lado, es probable que el trabajo no sea considerado un ámbito sumamente trascendental para la vida de estas profesionales y por otro lado, que no se espere tanto de ellas; es decir, que sus funciones no adquieran tanta responsabilidad como las que podrían tener los médicos o enfermeras dentro de ese ambiente laboral. Por lo que es probable que la responsabilidad pueda ser un factor de riesgo en el entorno hospitalario. Por ello, la falta de autonomía y condición de dependencia de las técnicas podría estar jugando como un factor protector, lo cual se relaciona también con que las profesionales que afirman ser económicamente dependientes son las que obtienen mayores niveles de bienestar psicológico.

Por las razones antes mencionadas es probable que el síndrome de burnout no pueda afectar en gran medida a las dimensiones del bienestar psicológico a menos que el trabajo sea el eje trascendental en la vida del sujeto. Si bien es cierto se ha encontrado una relación inversa con dos de los componentes del burnout y la mayoría de las dimensiones, estas relaciones son pequeñas. Es decir, al ambiente en el que estas profesionales laboran es intenso, producto del cual se evidencia niveles elevados de estrés y componentes del burnout comprometidos; sin embargo, otros áreas de la vida de las técnicas están cobrando especial importancia, como podría ser el área social ya que como se ha visto las relaciones interpersonales ocupan un rol importante.

En conclusión, las técnicas de enfermería que participaron de esta investigación presentan niveles intermedios en los tres componentes del burnout: agotamiento

emocional, despersonalización y realización personal. Asimismo, el 30.5% de las participantes se encuentran sanas, el 61% posee riesgo o tendencia de presentar burnout y sólo el 8.5% de las profesionales poseen el síndrome. A pesar de que una minoría presenta burnout, más de la mitad de las técnicas se encuentran vulnerables de adquirirlo a corto plazo. Estos resultados podrían estar afectando la capacidad de las trabajadoras de poder brindar una atención oportuna y adecuada a sus pacientes.

Igualmente, las técnicas cuentan con una disposición para el funcionamiento óptimo en diversas áreas de su vida. Tal como lo habían demostrado estudios anteriores, se encontraron correlaciones inversas entre los componentes de agotamiento emocional y despersonalización y, la mayoría de las dimensiones del bienestar; siendo la autoaceptación, dominio del ambiente y autonomía las más comprometidas. Entonces, existe una asociación inversa entre el bienestar psicológico y el síndrome de burnout.

A nivel metodológico, si bien es cierto el Inventario de Burnout de Maslach ha sido un instrumento muy usado en nuestro medio, no se encuentra validado en el Perú. Por lo tanto, sería recomendable validar este cuestionario para futuras investigaciones. Además, convendría que las participantes posean condiciones similares durante la aplicación de los instrumentos, pues los resultados pueden haberse visto afectados ya que los ambientes donde se realizó la aplicación no fueron los mismos ni las condiciones fueron estándares. Si bien es cierto, la falta de homogeneidad es una característica del entorno hospitalario que hace que este contexto sea altamente estresante se deben tomar las medidas necesarias para eliminar en mayor medida las variables extrañas que podrían afectar los resultados de una investigación.

Además, convendría realizar estudios cualitativos sobre el significado que tiene la profesión y el trabajo para los diferentes profesionales de la salud, los cuales podrían brindar información importante sobre la vulnerabilidad que esta variable presenta para la adquisición del síndrome de burnout y la influencia que el trabajo puede tener en el bienestar psicológico. Finalmente, sería importante efectuar estudios longitudinales que otorguen nuevos conocimientos del funcionamiento de los constructos abordados y los factores que pueden estar mediando en ellos para que en un futuro se pueda realizar intervenciones para prevenir el estrés laboral y promocionar el bienestar psicológico.



REFERENCIAS

- Aguilar, A. & Gutiérrez, R. (2007). El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú. *Rev. Psicol. Herediana*, 2(1), 1-13.
- Albar, M., Romero, M., González, M., Carbayo, E., García, A., Gutiérrez, I. y Algaba, M. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout e enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica*, 14(5), 281-285.
- Alvarado, K. (2009). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory (versión castellana) en educadores costarricenses. Revista electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación de la Universidad de Costa Rica, 9(1), 1-22.
- Amutio, A., Ayestaran, S. & Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 24(2), 235-252.
- Aranda, C., Pando, M. & Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 79-87.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3).
- Blasco, J., Llor, B., García, M., Sáez, M. & Sánchez, M. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfere Medicina*, 13(4), 258-267.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Cidoncha, M. & Díez de Baldeón, M. (2004). Servicio enfermero ofertado en una unidad de hospitalización de Nefrología. *Revista Social de la especialidad de Enfermería Nefrología*, 7(3), 165-169.
- Cubas, M. (2003). Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Lima, Lima, Perú.

- Dávalos, H. (2005). *Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias "José Casimiro Ulloa"*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/davalos_ph/pdf/davalos_ph.pdf.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2006). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Ewen, R. B. (2003). *An Introduction to Theories of Personality*. Mahwah, N.J., EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gamonal, Y., García, C. & Silva, Z. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista Enfermería Herediana*, 1(1), 33-39.
- Garduño-Juárez, M. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Enseñanza de la anestesiología*, 31(1), 259-262.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García, J., Herrero, S. & León, J. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 157-174.
- González, R. (2006). Humanismo y gestión de salud: Presente, pasado y futuro. *Revista Cubana de Salud pública*, 32(4),
- Guzmán, L & Guzmán, M. (2010). Factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Militar. *Sinapsis: Revista Científica de la Universidad Peruana de Integración Global*, 1(1), 32-37.

- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Llaja, V., Sarriá, J. & García, P. (2007). Inventario “Burnout” de Maslach & Jackson – muestra peruana. Lima: *Centro Interdisciplinaria en Neuropsicología*.
- López, C., Zegarra, A., & Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1), 53-61.
- López-Soriano, F. & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), 201-205.
- Manso, J. (2006). Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. *Psicologiacientífica.com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-128-confiabilidad-y-validez-factorial-del-maslach-burnout-inventory-version-human-services-survey-en-una-muestra-de-asistentes-sociales-chilenos.html>.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*. 12 (7-8), 987-851.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, S. & Leiter, MP. (2001). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

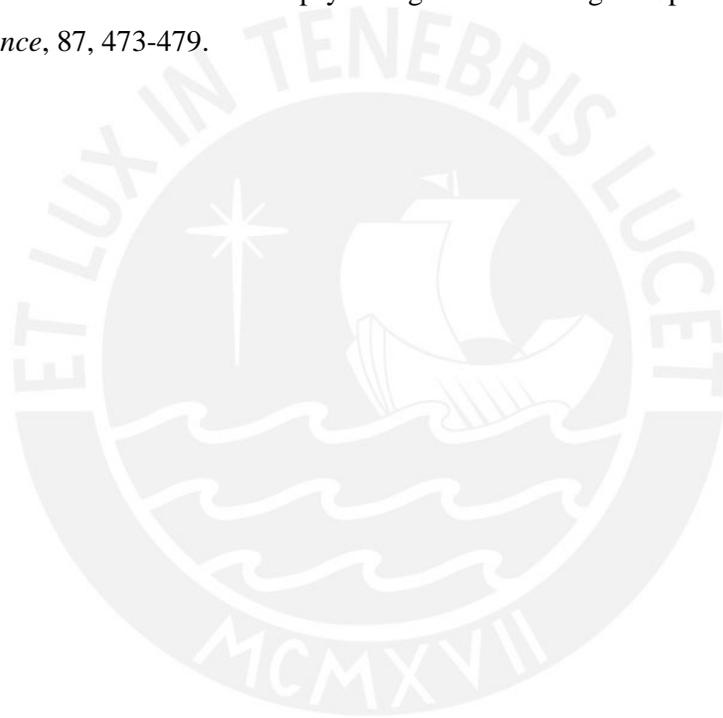
- Mercado, G. (2006). *Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Dos de Mayo*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/mercado_tg/pdf/mercado_tg-TH.4.pdf.
- Mingote, J., Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Oramas, A., Santana, S. & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1), 34-39.
- Ortega, C. & 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.
- Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R. & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, 28(1), 82-91.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Paredes, O. & Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med de la Facultad de Medicina de Bogotá*, 16(1), 25-32.
- Quiroz, R. & Saco, S. (2004). Factores asociados al síndrome burnout en médico y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Situa*, 23, 11-22.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Rubio, J. (2003). *Síndrome de Burnout en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D. y Fava, G. A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 268-275.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Salas, J. (2010). *Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N° 7*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/salas_dj/pdf/salas_dj.pdf.
- Schaufeli, S., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout*. Washington DC: Taylor & Francis.
- Salcedo, K. (2008). *Nivel del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro"*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/salcedo_rk/pdf/salcedo_rk.pdf.
- Sarria, C., García, P. & Llaja, V. (2008). *Compendio de Neuropsicología clínica*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 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. (2010). *Nivel de Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los servicios críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/tello_bj/pdf/tello_bj.pdf.

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being: A Spanish exploration. *Springer Science*, 87, 473-479.



ANEXO A INSTRUMENTOS

A1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza del mismo.

El proceso será conducido por Desire Aliaga Blanco, estudiante de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El objetivo del presente estudio es conocer algunas características personales que se relacionan con el burnout y el bienestar.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá completar una ficha de datos generales y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación es voluntaria y la información que se recoja será sumamente confidencial.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas que desee en cualquier momento durante su participación. De igual manera, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma.

Se agradece de antemano su participación.

Firma del Participante

A2

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad: ____ años
2. Sexo: F____ M____
3. Lugar de nacimiento: _____
4. Tiempo que vive en Lima: _____
5. Lugar de residencia en Lima: _____
6. Estado civil: Soltero/a____ Casado/a____ Conviviente____
Separado/a____ Divorciado/a____ Viudo/a____ Otro: _____ -

7. Grado académico: Técnico completo____ Superior incompleto____
Superior completo____
8. Religión: Católica____ Evangélica____ Otra:

9. ¿Trabaja en otro lugar? Sí____ No____
¿Qué trabajo realiza? _____
10. Número de hijos: _____
11. Personas con quien vive actualmente: Familia nuclear (pareja, hijos, padres)
____ Familia extendida (primos, tíos, etc.) ____ Otros: _____ -

12. ¿Se dedica a alguna actividad en su tiempo libre?
Sí____ ¿Cuál? _____ No____
13. Práctica de deportes:
Sí____ ¿Cuál? _____ No____
14. Años de profesión: _____
15. Tiempo de permanencia: _____
16. Especialidad médica a la que pertenece: _____

17. Tiempo de permanencia en la especialidad: _____
18. Área donde actualmente realiza su rotación: Consulta externa____:
Especialidad_____ Hospitalización:____:
Sala_____
19. Tiempo de permanencia en la misma: _____
20. Área previa de rotación: Consulta externa____:
Especialidad_____
- Hospitalización____: Sala_____
21. Número de días que trabaja a la semana: _____
22. Número de horas que trabaja a la semana: _____
23. ¿Realiza guardias? Sí____ No____
24. ¿Cada cuánto tiempo las realiza? Más de una vez a la semana____ Una
vez a la semana____ Una vez cada quince días____ Una vez al mes____
No realizo____ Otro: _____
25. Número de pacientes promedio al día: _____
26. ¿Cree tener sobrecarga de trabajo? Sí____ No____
27. Relación con los miembros de trabajo: No favorable____
Poco Favorable____ Favorable____ Muy favorable____
28. Económicamente dependiente de otro: Sí____ No____
29. ¿Está satisfecho con su trabajo? No satisfecho____ Poco satisfecho____
Satisfecho____ Muy satisfecho____

A3

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones presentadas en los siguientes enunciados:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5.- Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.							
6.- Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.							
7.- Trato muy eficazmente los problemas de las personas.							
8.- Me siento “agotado” por mi trabajo.							
9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.							
10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12.- Me siento muy activo.							
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.- Creo que estoy trabajando demasiado.							
15.- No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy servicio.							
16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17.- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18.- Me siento estimado después de trabajar en contacto con personas.							
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20.- Me siento acabado.							
21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22.- Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas.							

A4

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Éste cuestionario te tomará aproximadamente 15 minutos. Responde todas las preguntas sin saltar ninguna. ¡Adelante!

Para cada pregunta, por favor encierra en un círculo la opción que mejor describa <u>tu</u> parecer:						
TDes: Totalmente en Desacuerdo	Des: Desacuerdo	LDes: Ligeramente en Desacuerdo				
LAc: Ligeramente de Acuerdo	Ac: De Acuerdo	TAc: Totalmente de Acuerdo				
1. La mayoría de personas me ven como alguien afectuoso.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
2. A veces cambio la forma en que actúo o pienso para parecerme más a los que me rodean.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
3. En general, siento que estoy a cargo de mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
4. No estoy interesado/a en actividades que vayan a expandir mis horizontes.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
5. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
6. Cuando pienso en la historia de mi vida, me agrada cómo han resultado las cosas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
7. Mantener relaciones cercanas con otros ha sido algo difícil y frustrante para mí.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
8. No tengo miedo de dar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
9. Las exigencias de la vida diaria con frecuencia me desalientan.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
10. En general, siento que a medida que pasa el tiempo, continúo aprendiendo más sobre mí mismo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
11. Vivo la vida día a día y en realidad no pienso sobre el futuro.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
12. En general, me siento confiado/a y optimista sobre mí mismo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
13. Con frecuencia me siento solo/a porque tengo pocos amigos cercanos con los que puedo compartir mis preocupaciones.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
14. En mis decisiones no influye lo que los demás están haciendo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
15. No encajo muy bien con la comunidad y las personas que me rodean.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
16. Soy el tipo de persona que le gusta probar cosas nuevas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
17. Tiendo a centrarme en el presente, porque el futuro casi siempre me trae problemas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
18. Siento que la mayoría de personas que conozco han obtenido más cosas de la vida que yo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac

19. Disfruto las conversaciones con los miembros de mi familia y mis amigos.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
20. Me preocupa lo que los otros piensen de mí.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
21. Soy bastante bueno/a en manejar las diversas responsabilidades de mi vida cotidiana.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
22. No quiero intentar nuevas maneras de hacer las cosas– mi vida está bien así.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
23. Tengo un sentido de dirección y propósito en mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
24. Si tuviera la oportunidad, cambiaría muchas cosas sobre mí.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
25. Es importante para mí el escuchar los problemas de mis amigos cercanos.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
26. El sentirme contento conmigo mismo es más importante para mí que tener la aprobación de los demás.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
27. Con frecuencia me siento abrumado por mis responsabilidades.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
28. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen la manera como piensas sobre ti mismo y el mundo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
29. Mis actividades diarias frecuentemente me parecen triviales y poco importantes.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
30. Me gustan la mayoría de aspectos de mi personalidad.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
31. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
32. Tiendo a dejarme influir por personas con opiniones sólidas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
33. Si me sintiera infeliz con mi vida, tomaría los pasos necesarios para cambiarla.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
34. Cuando reflexiono, pienso que no he mejorado mucho como persona a lo largo de los años.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
35. No estoy seguro/a de lo que estoy tratando de conseguir en mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
36. He cometido algunos errores en el pasado, pero siento que finalmente todo ello ha contribuido al mejor resultado.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
37. Siento que recibo mucho de mis amistades.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
38. Las personas pocas veces me piden hacer cosas que no quiero hacer.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
39. Generalmente manejo bien mis finanzas y asuntos personales.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
40. Creo que la gente de cualquier edad puede continuar creciendo y desarrollándose.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
41. Antes yo me proponía una serie de metas, pero ahora eso me parece una pérdida de tiempo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
42. Me siento desilusionado, de muchas maneras, por los logros de mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
43. Me parece que la mayoría de las personas tienen más amigos que yo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac

44. Es más importante para mí “encajar” en situaciones sociales, que el mantenerme solo/a en mis principios.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
45. Encuentro estresante el no poder estar al día con todas las cosas que tengo que hacer.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
46. Con el tiempo, he ganado mucho de conocimiento sobre la vida, y eso me ha hecho más fuerte y capaz.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	Tac
47. Disfruto haciendo planes para el futuro y haciendo lo necesario para volverlos realidad.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
48. En gran parte, estoy orgulloso/a de quien soy y de la vida que llevo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
49. Se me podría describir como una persona generosa, que está dispuesta a compartir su tiempo con otros.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
50. Tengo confianza en mis opiniones, incluso cuando éstas son contrarias al consenso general.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
51. Soy bueno/a distribuyendo mi tiempo de tal manera que pueda hacer todo lo que se necesita hacer.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
52. Siento que he desarrollado mucho como persona a lo largo del tiempo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
53. Soy una persona activa en llevar a cabo los planes que he establecido para mí.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
54. Envidia a muchas personas por la vida que llevan.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
55. No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiables con otros.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
56. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos controversiales.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
57. Mi vida diaria es ocupada, pero me siento satisfecho/a de mantenerme al día con mis cosas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
58. No me agrada estar en situaciones nuevas que requieren cambiar mi forma usual de hacer las cosas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
59. Algunas personas van por la vida improvisadamente, pero yo no soy una de ellas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
60. La actitud que tengo sobre mí mismo no es tan buena como la que tienen los demás sobre sí mismos.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
61. Cuando de amistades se trata, con frecuencia siento como si estuviera excluido/a.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
62. Con frecuencia cambio mis decisiones si mi familia o amigos están en desacuerdo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
63. Me frustro cuando trato de planear mis actividades diarias porque nunca cumplo con las cosas que me propuse hacer.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
64. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
65. A veces siento que he hecho todo lo que hay que hacer en la vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
66. Muchas veces despierto sintiéndome desalentado/a respecto a cómo he vivido mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
67. Sé que puedo confiar en mis amigos y que ellos saben que pueden confiar en mí.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc

68. No soy del tipo de persona que se rinde ante las presiones sociales para actuar o pensar de cierta manera	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
69. Mis esfuerzos para encontrar los tipos de actividades y relaciones que necesito, han sido muy exitosos.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
70. Me gusta observar que mi manera de mirar las cosas ha cambiado y madurado a lo largo de los años.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
71. Mis objetivos en la vida han sido una fuente más de satisfacción que de frustración.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
72. El pasado ha tenido sus altas y bajas, pero en general, no me gustaría cambiarlo.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
73. Encuentro realmente difícil abrirme cuando hablo con otras personas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
74. Me preocupa cómo otras personas evalúan las decisiones que he tomado en mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
75. Tengo dificultades en organizar mi vida de manera que me resulte satisfactoria.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
76. Hace tiempo que me he rendido de intentar hacer mejoras o cambios en mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
77. Encuentro satisfactorio pensar sobre lo que he logrado en mi vida.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
78. Cuando me comparo con mis amigos y conocidos, me siento bien acerca de quien soy.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
79. Mis amigos y yo nos comprendemos en nuestros problemas.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
80. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, y no por lo que otros valoran como importante.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
81. He sido capaz de construirme un espacio personal y un estilo de vida que van con mi forma de ser.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
82. El dicho: “No le puedes enseñar trucos nuevos a un perro viejo”, es cierto.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
83. Haciendo un análisis final, no creo que mi vida aporte mucho.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc
84. Todas las personas tienen sus debilidades, pero parece que yo tengo más de lo que me corresponde.	TDes	Des	LDes	Lac	Ac	TAc

HAS LLEGADO A LA ÚLTIMA ¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN! ☺

ANEXO B

NIVELES Y PUNTOS DE CORTE DEL BURNOUT

Tabla 1*Niveles de los componentes del burnout*

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Riesgo	Alto	Medio o Bajo	Alto o Medio
	Medio o Bajo	Alto	Alto o Medio
	Medio o Bajo	Medio o Bajo	Bajo
Tendencia	Alto	Medio o Bajo	Bajo
	Medio o Bajo	Alto	Bajo
	Alto	Alto	Alto o Medio
Burnout	Alto	Alto	Bajo

Tabla 2*Puntos de corte de los componentes del burnout*

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	≤ 11	≤ 2	≥ 44
Medio	12 – 20	3 - 6	40 – 43
Alto	≥ 21	≥ 7	≤ 39

ANEXO C

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Tabla 1*Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov*

		Estadístico	Gl	Sig.
Bienestar Psicológico	Autoaceptación	.082	86	.200
	Relaciones positivas con otros	.080	86	.200
	Dominio del ambiente	.099	86	.045
	Crecimiento personal	.101	86	.037
	Propósito de vida	.055	86	.200
	Autonomía	.106	86	.022
Síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	.062	86	.200
	Despersonalización	.177	86	.000
	Realización personal	.135	86	.001

Tabla 2*Frecuencia y porcentaje de los niveles de los componentes del burnout*

Componentes del Burnout	Nivel Alto		Nivel Medio		Nivel Bajo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Agotamiento Emocional	31	34.4	31	34.4	28	31.1
Despersonalización	36	40	15	16.7	39	43.3
Realización personal	27	30	30	33.3	33	36.7

Tabla 3*Contraste de medias de los niveles del burnout y las dimensiones del bienestar psicológico*

Variables	Autoac.	Rel.	Dom.	Crec.	Prop.	Auton.	PTB
Niveles del burnout							
Nada	67.88		68.36		69.84	63.52	401.96
Tendencia	62.25		62.08		64.13	58.54	373.5
U Mann Whitney	194*		176.5*		183.5*	149.5*	166.5**
Nada						63.52	
Burnout						58.29	
U Mann Whitney						44.5*	

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Fe de Erratas

La Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica, titulada “Burnout y Bienestar Psicológico en técnicas de enfermería de un hospital de Lima Metropolitana”, cuya autora es Desire Aliaga Blanco, presenta errores que merecen ser informados al lector. Estos errores se detallan a continuación:

1. En el resumen, línea 9, 10 y 11, dice “...mientras que las dimensiones de relaciones positivas con otros y propósito de vida se relacionaron indirectamente sólo con *agotamiento emocional*”. En lugar de esto debería decir “...mientras que las dimensiones de relaciones positivas con otros y propósito de vida se relacionaron indirectamente sólo con *despersonalización*”. Lo mismo ocurre en el abstract, línea 9 y 10. Dice “...while the dimensions of positive relationships with others and purpose in life es only indirectly related to *emotional exhaustion*”. En lugar de esto debería decir “while the dimensions of positive relationships with others and purpose in life es only indirectly related to *despersonalization*”
2. En el capítulo de resultados, página 19, línea 6 dice “...las solteras *más* autonomía que las casadas”; debería decir “...las solteras *menos* autonomía que las casadas”. En la página 20, línea 5, 6 y 7 del tercer párrafo dice “...mientras que en los resultados de las otras dimensiones (relaciones positivas con otros, crecimiento personal y autonomía)...”; debería decir “...mientras que en los resultados de las otras dimensiones (dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida)...”. En la página 21, línea 2 y 3 dice “...sólo se encontró diferencias significativas entre los niveles nada y tendencia con cinco de las escalas del bienestar psicológico”; en lugar de “...sólo se encontró diferencias significativas entre los niveles nada y tendencia con cuatro de las escalas del bienestar psicológico y el bienestar psicológico total”.
3. En el anexo C, tabla 2:

Frecuencia y porcentaje de los niveles de los componentes del burnout

Componentes del Burnout	Nivel Alto		Nivel Medio		Nivel Bajo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Agotamiento Emocional	28	34.1	27	32.9	27	32.9
Despersonalización	33	40	13	16.7	36	43.3
Realización personal	23	30	26	33.3	33	36.7