

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUANUCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE
CRITICO – ADULTO**



**"RELACION ENTRE EL DESGASTE LABORAL Y LA SALUD GENERAL
DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL TINGO MARIA - HUANUCO 2016"**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CUIDADO
ENFERMERO EN PACIENTE CRÍTICO – MENCIÓN ADULTO**

TESISTA: RENGIFO SANCHEZ, LIZBETH

HUÁNUCO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

El presente estudio lo dedico a mi
querido esposo e hijos por su paciencia,
compresión y colaboración para lograr mis éxitos.
A Dios, mi esposo y mis hijas por brindarme su apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo.

A Dios por darnos la vida y la lucidez en cada día.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos mudos de nuestras inquietudes propias.

A la Decana de la Facultad de Enfermería por darnos la oportunidad de superarnos con los cursos de especialización.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.

Al asesor y a los jurados revisores de tesis por la orientación en la elaboración de la tesis que sin ellos no sería posible.

La Autora

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia del desgaste laboral en la salud general del profesional de salud.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional con 31 profesionales de salud procedentes del servicio de Emergencia del Hospital Tingo María de Huánuco durante el periodo 2016. Se empleó dos cuestionarios en la medición del desgaste laboral y la salud general. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El 61,3% de profesionales de la salud se encontraban con nivel medio de desgaste laboral y 38,7% tuvieron desgaste laboral bajo. Por otro lado, el 51,6% indicaron buena salud general. Se encontró relación significativa y negativa entre desgaste laboral y salud general ($r=-0,73$; $P<0,000$) y asimismo, entre la salud general y el cansancio emocional ($r=-0,56$; $P<0,001$); despersonalización ($r=-0,62$; $P<0,000$) y falta de realización personal ($r=-0,63$; $P<0,000$).

Conclusiones: El desgaste laboral se relaciona significativamente con la salud general, es decir, menor desgaste laboral mayor salud general del profesional del servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

Palabras clave: desgaste laboral, salud general, cansancio emocional.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of burnout on the overall health of the health professional.

Methods: They conducted a descriptive correlational study with 31 health professionals from the Hospital Emergency service Huanuco Tingo Maria during 2016. Two questionnaires were employed in the measurement of burnout and general health. In the inferential analysis of the results use the Pearson correlation coefficient.

Results: 61.3% of health professionals were with average level of burnout and 38.7% had low burnout. On the other hand, 51.6% indicated good general health. Significant relationship was found between burnout and negative labor and general health ($r = -0.73$, $P < 0.000$) and also between general health and emotional exhaustion ($r = -0.56$, $P < 0.001$), depersonalization ($r = -0.62$, $P < 0.000$) and lack of personal accomplishment ($r = 0.63$, $P < 0.000$).

Conclusions: Burnout is significantly related to general health, i.e., lower burnout overall greater health service professional Tingo Maria Hospital Emergency.

Key words: burnout, general health, emotional exhaustion.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	7

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de Estudio	10
1.2. Bases Teóricas	12
1.2.1. Definición de Términos Básicos	28
1.3. Objetivos	29
1.4. Hipótesis	30
1.5. Variables	30
1.6. Operacionalización de Variables	31

CAPÍTULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. Ámbito y período de estudio	33
2.2. Población	33
2.3. Muestra	34

2.4. Tipo de estudio	34
2.5. Diseño de Investigación	34
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
2.7. Procedimiento	37
2.8. Análisis de datos	38

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Presentación	39
3.2. Discusión	58

CONCLUSIONES	62
--------------	----

RECOMENDACIONES	63
-----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	64
--------------	----

ANEXOS	69
--------	----

INTRODUCCION

La evolución de la actividad laboral ha traído consigo una mejora de la calidad de vida general de los trabajadores, pero además también es responsable de la aparición de una serie de efectos negativos. Así, cabe destacar los riesgos psicosociales en el trabajo que se refieren a aquellos aspectos del entorno laboral (demandas del trabajo, relaciones con compañeros, estilos de supervisión, etc.) con capacidad para afectar de manera negativa a la salud de los trabajadores (1).

El malestar psicológico es un "conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva" (2).

El Cuestionario General de Salud es un instrumento autoaplicable, diseñado por David Goldberg (3) para la identificación de pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. Este cuestionario evalúa el estado mental actual pero no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prever recaídas. La versión original del cuestionario consta de 60 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno, en forma de escala Likert. Evalúa cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión (4). La aplicación del Cuestionario General de Salud se propone como tamiz para la identificación de mujeres con malestar o alteración psicológica y que pueda enviarse a entrevista clínica. No sustituye el juicio clínico o la valoración diagnóstica. Este cuestionario se diseñó para identificar alteraciones mentales no psicóticas. A los autores les interesó para la detección de casos de malestar psicológico y por su utilidad demostrada en diferentes estudios: Espíndola y su grupo (5) Sánchez y sus colaboradores (6), y Díaz y coautores (7), entre otros. Asimismo, el Cuestionario General de Salud se ha aplicado en varios países,

en sus versiones general y abreviada de 28 y 30 reactivos. También existen versiones de 12 reactivos que responden a las demandas de poblaciones sajonas (8).

Además, se coincide con Espíndola y sus colaboradores (5) en que el Cuestionario General de Salud es útil para la evaluación subjetiva de sensación de bienestar general y, por ende, en la posibilidad de detección de casos de malestar psicológico.

En general, este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar.

Por otro lado, las organizaciones participan tanto en el diseño y la configuración del entorno laboral como en la prevención del estrés ocupacional, de forma que el ambiente laboral puede resultar una fuente de estrés por factores ligados a las condiciones físicas y demandas específicas del puesto, así como por factores asociados a variables organizacionales e interpersonales (9).

Del mismo modo, cuanto mayor sea el desequilibrio, provocado por el desajuste entre las demandas requeridas por el puesto y las capacidades individuales para hacerles frente, mayor será la experiencia de estrés (10).

De acuerdo con Rout y Rout (11), el estrés laboral "es un proceso complejo en el cual el individuo responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales o una combinación de estas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes". Para dichos autores, los estresores pueden ser eventos vitales (por ejemplo, nacimiento de un hijo, casamiento, muerte de un cónyuge, divorcio, etc.) o pequeños incidentes de la vida diaria (por ejemplo, llegar tarde al trabajo por motivo del tráfico, etc.).

La actividad laboral es por sí misma generadora de estrés, ya que determina la exposición del empleado a ciertos estresores, que según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual, sea adaptativa (aprendizaje, adaptación) o desadaptativa (desgaste e insatisfacción), (12). Se han descrito varias características que influyen en la salud del trabajador, destacando: el tamaño de la empresa, la responsabilidad que se tiene, las disfunciones de rol y la falta de participación en la toma de decisiones (13). De esta manera, al relacionar estrés y trabajo, surge una muy variada cantidad de exigencias. La necesidad de satisfacción, la de autoestima y la de realización personal, cumplen un papel destacado para encontrarle sentido a la actividad que se realice (14).

Por tal motivo, el estudio se organizó en cinco capítulos. El primero aborda el problema, la justificación de la investigación, los objetivos, tanto generales como específicos, la hipótesis y el manejo de las variables en estudio tanto su identificación como su operacionalización.

Posteriormente se presenta el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes del problema y las bases teóricas de la investigación y la definición de algunos términos.

Luego se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, universo y muestra, las técnicas de recolección y procesamiento de datos.

Una parte importante es la presentación de los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis para luego aclarar la información con la discusión de los resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos utilizados en la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

Pimenta A. y Col. (2002) (24), realizaron un estudio titulado "Stress, enfrentamiento y Salud General de los Enfermeros que actúan en Unidades de Terapia Intensiva y problemas Renales", donde concluyeron que la evaluación de la situación de trabajo se encuentra dentro de lo que la mayoría de los enfermeros presenta. En este sentido se acredita que los profesionales reconocen las dificultades en tanto no las consideran algo superior a lo que se espera. Esto se refiere a todos los aspectos del ejercicio profesional, los relacionados con la asistencia al paciente, los relativos a la organización del trabajo y relación interpersonal con el equipo. Puede pensarse que tales evaluaciones tienen como base una cierta resignación/aceptación histórica. Por otro lado puede considerarse que tales evaluaciones comprenden un sentido de compromiso con el trabajo y aceptación de sus riesgos.

Riesquez, 1 y Fernández, C. (25), emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, el cuestionario Maslach Burnout Inventory-MBI, y el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-28) de Golberg. Dentro de sus resultados encontró que un 30,9% de la muestra estudiada puntúa alto en la dimensión de agotamiento emocional, un 29,1% lo hace para la dimensión de despersonalización y un 20% para la falta de realización personal en el trabajo. El 25,5% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación agotamiento emocional-salud general y, más concretamente con la escala B de síntomas de ansiedad.

De igual modo, Coronado Y. y Col. (2002) (26), en su estudio titulado "Estrés en las Enfermeras de Área Quirúrgica del Hospital José Vargas de La Owallera, Municipio Libertador Estado Aragua, aplicando la teoría de Imogene King",

concluyeron que los equipos no se encuentran ordenados al momento que se necesitan. Las enfermeras sufren constantes interrupciones en sus tareas, así como críticas de otros profesionales de la salud. Falta comunicación, sobre los problemas del servicio. La asignación de funciones no está bien definida ya que no existe información actualizada y la que hay es ambigua. Existe sobre carga de trabajo. Existe rotación permanente por diferentes servicios. Han sufrido sensaciones de quemadura en el epigastrio, posterior a la ingesta de alimentos, momento después de haber laborado; también sensación de plenitud antes o durante la ingesta de alimentos, así como náuseas. Han sentido pesadez en el cuello, rigidez en la espalda, dolor en la región lumbar, cansancio, fatiga y agotamiento frecuente. El 50% cumple con la interacción y la comunicación. El 50% está emocionalmente triste y desmotivado porque siente que su crecimiento y desarrollo profesional no es lo que esperan, no se les da valor profesional por sus estudios y esfuerzos. Se propone eliminar los factores causantes del estrés mediante la realización de talleres para que las enfermeras tengan claro sus funciones.

En el mismo sentido, Sánchez, N y Otros (27), tuvieron el objetivo de conocer la incidencia del síndrome de burnout entre los residentes del Hospital Universitario Son Dureta (HUSD) de Palma de Mallorca, considerando sus tres dimensiones características; cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales de afrontamiento ante las demandas del trabajo, despersonalización o desarrollo de interacciones negativas hacia los pacientes y disminución de la realización personal o tendencia a la evaluación negativa del propio trabajo. Los resultados muestran que los profesionales aquejados del síndrome de burnout tienden al uso de estrategias de afrontamiento negativas, tienen una percepción de un peor estado de salud y presentan correlatos comportamentales asociados a cuadros de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos.

Farías S. (28), en su estudio "Síndrome de burnout en el Equipo de Salud Pediátrico" publicado en la Revista del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de

la ciudad de Buenos Aires de marzo del 2006, que evaluó -durante el período 2003-2004- la presencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de la guardia de ese hospital, detectó este problema en el 10,6% del personal.

Durand Juana y Colaboradores (2002) (29), en su estudio sobre el nivel de estrés en enfermeras en Hospitales de Lima Metropolitana, concluyeron que existe un porcentaje considerable de enfermeras en los hospitales nacionales que tienen un nivel de estrés manejable que se evidencia en su falta de entusiasmo en sus labores diarias, cansancio, conductas evasivas y/o se desahoga llorando o hablando con un amigo, influyendo de manera considerable en el cuidado que brinda al usuario y familia.

Finalmente, López Mónica (1990) (30) realizó un estudio titulado Niveles de estrés en enfermeras que laboran en unidades críticas del H.C.S.S.M.P", donde concluyeron que existen niveles moderados de estrés en el personal de enfermería que labora en las unidades críticas. Las principales manifestaciones se observan a nivel emocional y cognitivo más que físico constituyendo este factor que debería tenerse en cuenta por las implicancias que podría generar en la calidad de atención a pacientes críticos.

Por los antecedentes mencionados podemos expresar que el desgaste laboral es uno de los problemas de mayor preocupación en nuestro ambiente laboral y que en nuestro medio local y regional no existen estudios de este tipo.

1.2 BASES TEORICAS.

Síndrome de Burnout

Burnout no es el nombre de ningún investigador, sino una palabra inglesa que significa estar "quemado". El Burnout se caracteriza por ser un proceso progresivo provocado, más por la repetición y acumulación de pequeños acontecimientos estresantes, que por el desencadenamiento de grandes e incontrolables crisis.

La definición más conocida de Burnout es la de Maslach y Jackson quienes afirman que "El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que ocurre en profesionales que trabajan al cuidado de personas". Lo esencial de esta definición es que ha sido la más aceptada por la validez que ha logrado demostrar el instrumento de medición Maslach Burnout Inventory (MBI) en la mayoría de las investigaciones realizadas, en este caso mientras el instrumento de medición sea válido el concepto también.

Feudenberger fue el primero en emplear el término Burnout lo define como "Un estado de fatiga o frustración producida por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo".

Según Pines y Aronson define Burnout como "Un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por la exposición durante largo tiempo a situaciones emocionalmente demandantes".

Gil Monte y Peiro, define Burnout como "El síndrome de quemarse en el trabajo se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional; se presentan dos perspectivas para su conceptualización: la primera, de tipo clínico, lo supone como un estado, y la segunda, de tipo psicosocial, lo valora como un proceso.

Existen otras definiciones particulares de Burnout que relacionan que el Burnout es un síndrome complejo, que muchas veces se superpone a otras enfermedades y que no es irrigando por una causa única sino por una constelación causal.

Es un síndrome padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua. Son médicos, Psicólogos, Enfermeras (sobre todo de la especialidad de

oncología), Maestros, Policías, Funcionarios de prisiones, Asistentes sociales, Abogados o Jueces).

El Burnout es una enfermedad laboral y emocional y sobre afecta a quien sufra una demanda emocional. El Burnout claro está, ejerce efectos somáticos y mentales, pero no es una enfermedad ni somática.

Se caracteriza por una serie de efectos físicos y mentales, pero es básicamente una enfermedad emocional. Constituye un origen endógeno y uno exógeno. Su origen exógeno siempre va relacionado con el trabajo y el endógeno que se relaciona con la personalidad que predispone a adquirir el síndrome, pero no es el síndrome.

Si se interviene sobre las causas externas del Burnout, este tiende a desaparecer, lo cual supone un dato más que apoya su no organicidad. Sin embargo; a medida que dejamos transcurrir el tiempo sin aplicar un tratamiento adecuado el Síndrome se hace crónico, se "Enquista".

Se emplea Burnout y no la palabra "estar quemado", porque en lenguaje normal se utiliza la expresión "estar quemado" o "quemarse" como algo muy diferente al sentido clínico de Burnout, se puede considerar "estar quemado" como un proceso de agotamiento físico y psicológico debido a un trabajo excesivo en tiempo o en intensidad, a lo cual se sobrepone las frustraciones de una expectativas previas no cumplidas, un ambiente de estrés o competitivo, conflictos personales o de poder, ambiciones excesivas, supeditación a un jefe exigente, labores complejas de resultados inciertos.

- **Parámetros del Bournout**

Cansancio Emocional: Es el elemento central del Burnout, una persona llega a estar emocionalmente exhausta cuando se siente de forma permanente agobiada por las demandas emocionales impuestas por las personas que atienden. Las personas sienten que su energía emocional se consumió, no

tiene fuerzas para enfrentar otro día de trabajo. "Su energía emocional se ha acabado y no dispone de fuente de reabastecimiento". Maslach, 1982.

Despersonalización: El desarrollo de una conducta fría, desinteresada, insensible a veces deshumanizada, hacia las necesidades de las personas que atiende a otros individuos es el segundo aspecto del síndrome de Burnout". Maslach, 1982.

Falta de realización personal: "El personal se siente ineficaz en su trabajo, se siente no competente para brindar atención a las personas que atiende, siente que ha fracasado profesionalmente y tiene el doloroso sentimiento de haberse equivocado de camino, como el resultado del desmoronamiento de su autoestima podría refugiarse en el alcohol y drogas". Maslach, 1982.

- **Desencadenante del síndrome en profesionales de la salud**

El estrés en los profesionales de salud esta originado por una combinación de variable físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, trato directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

a) En el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundara en bajos sentimiento de realización personal en el trabajo y alto cansancio emocional.

b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las repuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta es estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol.

d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (leyes y estatutos que regulan la profesión, cambios en perfiles demográficos de la población, etc.).

- **Manifestaciones clínicas**

Cuando se dice que un profesional esta "desgastado profesionalmente" se trata de reflejar que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los "clientes" el trabajo se encuentra desbordado, estando agotada su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos adecuados para amortiguar el estrés que produce su trabajo y experimentando una constelación de síntomas ante las demandas de su entorno laboral.

El burnout se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y por el desarrollo tanto de un auto concepto negativo como de actitudes negativas

hacia el trabajo, la vida y los demás que se reflejan en un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento inadecuación a las tareas que ha de realizar. El fenómeno del burnout es más un proceso continuo que un evento discreto, que constituye al paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes.

El rango fundamental del burnout es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los "clientes" y los miembros de su equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación, aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para extenderlas debidamente. Este tercer factor puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan que su interés y dedicación son inagotables.

Además de los síntomas cardinales este síndrome se caracteriza por unas manifestaciones asociadas que se dividen en cuatro grupos sintomáticos:

1. Psicosomáticos. Entre ellos se encuentran las cefaleas, dolores osteomusculares de espalda y cuello, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, sensación crónica de cansancio, insomnio, hipertensión arterial, asma, y alteraciones menstruales.

2. Conductuales. Se describen una serie de conductas anomalías que aparecen en el burnout: Ausentismo laboral, dependencia del alcohol y de otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la conducción temeraria aficiones suicidas. Incluso un mayor riesgo de embarazos no deseados se ha relacionado con el incremento de estrés laboral.

3. Emociones. El característico de ellos es el distanciamiento afectivo con las personas a las que hay que atender. El sujeto puede volverse irritable, impactante y celoso hasta el punto de manifestar rasgos paranoides en sus relación con los pacientes, compañeros y jefes. Además aparece ansiedad, que conlleva una disminución de la concentración y el rendimiento en el trabajo.

4. Defensivos. Utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con los pacientes. También puede utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable o el uso del cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que se trabaja.

5. Manifestaciones clínicas

En los sujetos el burnout se produce como un deterioro de su calidad de vida. Entre las consecuencias del síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, sicosomáticas y sociales y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo tóxico, alcohol y otras drogas.

Las consecuencias extremas pueden conducir al abandono del trabajo y conductas suicidas. El deterioro de la salud física y psíquica, así como las actitudes y conductas laborales alteradas inciden directamente en el rendimiento y funcionamiento de la institución, predicándose un empeoramiento de la atención al paciente con una deshumanización y deterioro en la calidad de los servicios prestados y un aumento de los costos económicos y humanos.

6. Estrategias de intervención y prevención.

No hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de burnout. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración.

En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de estrés (entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en la asertividad, y entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo) y ensayo conductual. En este sentido se enfatiza la idea de que se pueden aumentar las posibilidades de afrontamiento efectivo a través tanto de las propias percepciones del problema en cuestión, cuanto del grado de seguridad percibido en las propias capacidades. Pueden utilizarse también técnicas de entrenamiento en relajación y autocontrol.

Otras formas de abordar la tarea de prevención/intervención es el desarrollo en la organización de asesoramiento de carrera. Con ellas se trata de ayudar al individuo a examinar y ser más consciente de sus objetivos, intereses, recursos y debilidades. De hecho los profesionales con más éxito en la superación del burnout parecen desarrollar antes este insight de carrera: saber que les gusta más y que hacer mejor, resulta un factor clave en las decisiones a tomar.

Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales que empiezan la carrera, pues suelen presentar una negación parcial del riesgo que padecen debido a la inexperiencia y al optimismo de controlar la situación. Sería

interesante para estos profesionales contar con programas de entrenamiento frente al estrés, ya desde su pregrado.

En todos los casos es fundamental establecer cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

Son así mismo importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores.

Por último, a escala institucional deberá fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

SALUD GENERAL.

1. El concepto de salud

Visto generalmente desde un posicionamiento negativo (se sabe qué es cuando se pierde parte de esta), la salud es un tema que siempre ha preocupado al ser humano. Concretamente, desde el principio de los tiempos se puede decir que el hombre ha estado preocupado por algo llamado enfermedad, cuyo origen el hombre ha ido variando a lo largo de los siglos (e incluso milenios) en función de las diferentes etiologías que se le indicaba. Tal como indica Ballester: "La enfermedad no constituye una característica peculiar de una determinada raza o clase social, no sabe de edades, ni tampoco es un producto de una era histórica determinada. En cualquiera de sus formas, en uno u otro momento a lo largo de nuestra vida, la enfermedad y el sufrimiento hacen acto de presencia haciéndonos comprender nuestra tremenda vulnerabilidad".

De este modo, a pesar de que siempre ha existido una preocupación hacia la enfermedad (o la no salud, con lo que se solía equiparar), dicho concepto de enfermedad ha ido variando a lo largo de la historia, así como los agentes

"culpables" de dicho estado. De este modo, hasta llegar a la definición de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de Constitución, según la cual se entiende "salud" (y no enfermedad) como "Estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad", ha existido un largo recorrido histórico.

2. Bienestar psicológico

Aunque la investigación del constructo de bienestar ha sido un tanto confusa -mezclándose nociones como bienestar psicológico, felicidad, disfrute y particularmente calidad de vida—, el bienestar psicológico puede definirse de manera general como un concepto ligado a la percepción subjetiva que tiene un individuo respecto a los logros conseguidos por él, y su grado de satisfacción personal con sus acciones pasadas, presentes y futuras. En tal sentido, refleja el sentir positivo y el pensar constructivo de la persona para consigo mismo.

En opinión de García y González, el bienestar psicológico se diferencia claramente de la calidad de vida. De hecho, ésta incluye el concepto de bienestar, puesto que implica una interacción bastante compleja entre factores objetivos ligados a condiciones externas de tipo económico, sociopolítico, cultural y ambiental, mientras que el bienestar está signado por la autovaloración vital que hace la persona en función de su nivel individual de satisfacción.

Tal como señalaron Ryan y Deci en 2001, los estudios tradicionales acerca del bienestar se han perfilado en dos líneas: una vinculada con la felicidad como indicadora de la calidad de vida, y otra ligada al desarrollo del potencial humano

De un tiempo a esta parte, se han hecho varias investigaciones en Iberoamérica sobre el bienestar, abarcando aspectos tales como la personalidad, el disfrute, el orden social y la salud mental, y el afrontamiento.

En todos esos estudios se han identificado correlaciones positivas entre las variables seleccionadas. Tras el concepto postulado por Diener en los años noventa, también se entiende el bienestar en su sentido cognitivo como satisfacción con la vida. Así, Tarazona aplica en nuestro medio la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener y colaboradores en escuelas pública y privada, encontrando correlación entre la autoestima y el grado de satisfacción, ocurriendo que en ambas variables los varones alcanzan un nivel más alto que las mujeres en la escuela privada, mientras que el resultado entre los hombres y mujeres de escuela pública muestra un bajo nivel.

También Inga y Vara hacen un estudio sobre los factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima: resentimiento, satisfacción de vida, maltrato, dependencia, apoyo social, identidad amical prosocial e identidad amical antisocial. Sus resultados muestran alta satisfacción vital; mayor nivel de insatisfacción en debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza; el resentimiento fue el factor más asociado a la satisfacción de vida, seguido del nivel de instrucción, el apoyo social recibido, el consumo de sustancias psicoactivas, el maltrato familiar y la densidad amical.

3. Determinantes del bienestar psicológico en el trabajo

Además del estudio de la dimensionalidad y polaridad del afecto en general y del bienestar psicológico en particular, otras líneas de investigación se han dirigido al estudio de sus determinantes en el puesto de trabajo. Tradicionalmente, estas líneas se han centrado en la descripción teórica (algunas de ellas con posterior comprobación empírica) de las características de los puestos de trabajo que pueden estar afectando al bienestar psicológico, visto principalmente como una consecuencia del estrés, así como el estudio de este tipo de relación (aditiva vr sinérgica, lineal vr con forma de U invertida.....). Sin embargo, tal y como veremos a continuación, la literatura de estos últimos años comienza a destacar la importancia de determinantes no tenidos en

cuenta hasta ahora en la tradición de la psicología del trabajo, tal como son las diferencias individuales o la influencia del no trabajo.

El modelo de características del puesto surge como respuesta a los problemas planteados debido al desequilibrio entre el nivel educativo y las necesidades de participación de los empleados por un lado y los conceptos tradicionales de organización y control. Basándose en los trabajos pioneros de Turner y Lawrence (1965), Hackman y Lawler (1971) y Hackman y Oldham (1975, 1976, 1980) definieron el modelo de características del puesto tal y como lo conocemos actualmente. Este modelo describe las relaciones entre sus cinco hipotetizadas dimensiones esenciales del puesto, subjetivamente medidas, (variedad de habilidades, identidad y significado de la tarea, autonomía y retroalimentación del puesto), estados psicológicos críticos (significado del trabajo experimentado, responsabilidad experimentada de los resultados del trabajo y conocimiento de los resultados de las actividades del trabajo) y algunos resultados personales y del puesto (como motivación, satisfacción, efectividad, absentismo y rotación), relaciones moderadas por variables como las necesidades del crecimiento del empleado, o su satisfacción contextual, conocimientos, habilidades y destrezas.

El modelo de estrés organizacional de Michigan es uno de los modelos que más influencia ha tenido en el estudio del estrés. Este modelo, también conocido como modelo de estrés de rol, ofrece un marco para el estudio de las relaciones (causales) entre los estresores subjetivos del ambiente (ambigüedad y conflicto de rol, falta de participación, responsabilidad hacia otros, ambigüedad sobre el trabajo futuro, carga de trabajo, tensión en las relaciones y baja utilización de habilidades y destrezas) y reacciones al estrés (tanto fisiológicas, como conductuales y afectivas, que pueden llevar a la enfermedad física o mental), todo ello moderado por lo que denominan propiedades resistentes de la persona (genéticas, demográficas o de personalidad) y las relaciones interpersonales (apoyo social). Tal y como ocurría en el modelo

anterior, las críticas realizadas al modelo van en la dirección de la poca atención que se le presta al ambiente objetivo del trabajo.

El tercer modelo (demandas del puesto-control del puesto) puede ser, según Kompier (1996), uno de los que más influencia tiene en este momento. Desarrollado por Karasek en 1979 y ampliado por Karasek y Theorell en 1990, el modelo define tres dimensiones independientes con riesgo de producir estrés: demandas psicológicas, margen de decisión o control en el puesto (combinación de autoridad en la tarea y discreción de habilidades) y apoyo social. Brevemente, el modelo predice que los problemas de salud relacionados con el estrés aumentan en tanto aumentan las demandas del puesto y disminuye el control y el apoyo social en el puesto. Sin embargo, cuando tanto las demandas como el control y el apoyo social aumentan, el trabajo se vuelve más retados y proporciona más oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo de habilidades. A pesar de que el modelo ha recibido diferente apoyo de estudios empíricos (por ejemplo, Karasek y Theorell, 1990; Siegrist y otros, 1990), también existen trabajos que ponen en duda algunos de sus puntos fundamentales, como por ejemplo, que un exceso de control puede producir por sí mismo también estrés (Warr, 1990; Furda y Meijman, 1992). Finalmente, cabe destacar la atracción que ha producido este modelo por su simplicidad y en énfasis que hace en las características estructurales del ambiente de trabajo como determinantes "objetivos" del estrés.

Por otro lado, el modelo sociotécnico tiene sus raíces clásicas en el Instituto Tavistock de Relaciones Humanas en Londres. Basado en el acercamiento de sistemas abiertos, su objetivo era la optimización de los dos sistemas que componen las organizaciones: el sistema técnico y el sistema social. Siguiendo esta línea, el objetivo principal de los sociotécnicos modernos es la reconstrucción del trabajo en las organizaciones para poder hacer frente de una manera efectiva a las demandas actuales que la sociedad le hace a las organizaciones, tales como la flexibilidad y la calidad de vida laboral.

Apoyándose en el modelo de Karasek, los sociotécnicos sostienen que la falta de control en el puesto es el riesgo de estrés más importante. Finalmente, su teoría de diseño de puestos típica está dirigida a la reconstrucción "integral" de la organización, por lo que su principio básico es la mínima división del trabajo. Debido a este acercamiento "integral", pocos trabajos empíricos se han podido realizar a la hora de validar este modelo.

Finalmente, la teoría de la acción regulada parte de la psicología del trabajo alemana, ciencia vista como una ciencia prescriptiva que debería contribuir al diseño del puesto, más que como una ciencia descriptiva. De este modo, la teoría de la acción surge con el objetivo de justificar el diseño del puesto. Sus variables centrales son la acción completa, el aumento de los requerimientos de regulación, el aumento del control, la reducción de problemas de regulación y el concepto de logro personal. Según Kompier (1996), la esencia del trabajo según esta teoría es la conducta dirigida por metas, es decir: el objetivo último de un trabajo es producir un producto o servicio. El fundamento de la acción es el ciclo de retroalimentación, lo cual implica que existe una meta que es comparada con la acción. El proceso de acción es descrito como consistente en metas, integración de información, planes, monitorización y retroalimentación (Frese y Zapf, 1994). La regulación de la acción se encuentra estructurada jerárquicamente en cuatro niveles de regulación: el nivel sensorio-motor, el nivel de patrones flexibles, el nivel intelectual y el nivel heurístico. Así pues, podemos decir que según esta teoría un trabajo está bien diseñado cuando (a) promueve la acción completa (es decir, da la oportunidad al trabajador de llevar a cabo todos los pasos del proceso de la acción) y (b) cuando todos los niveles de regulación recién mencionados son empleados.

4. Cuestionario de Salud General o de Salud Mental

a. Descripción

Basándose en el Cornell Medical Index, el trabajo de Abrahamson et al. y el de Veroff et al., David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General

Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas —GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12—. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo "escalado" de 28 ítems —GHQ-28— compuesto de cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems —Muñoz et al., 1978—, la de 30 ítems —Lobo y Gimeno Aznar, 1981—, la de 12 ítems —Muñoz et al., 1995—. Sin embargo, el más difundido en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y, validado por Lobo et al. en 1985, es el que presentamos aquí.

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto

de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Para determinar la puntuación del GHQ se pueden utilizar 3 métodos alternativos:

"Puntuación Likert", que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d)

'Puntuación GHQ', su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.

Puntuación CGHQ" divide los ítems en dos apartados: los positivos —hacen referencia a la salud— (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos —hacen referencia a la enfermedad— (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1. La ventaja de este frente al anterior, consiste en evitar pasar por alto los trastornos de larga duración, dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten "No más que lo habitual" y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ.

b. Interpretación

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Como elemento de screening tiene ventajas sobre el SCL90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos este último ha demostrado su superioridad. Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria.

Mientras los dos primeros métodos de puntuación ofrecen resultados similares en cuanto a sensibilidad, especificidad y tasa de mal clasificados, Goodchild y Duncan-Jones confirman un incremento en la sensibilidad y especificidad de la

puntuación CGHQ frente a la GHQ, datos que otros autores no han podido corroborar.

La mayoría de las críticas sobre el GHQ han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo. Goldberg desarrolló el GHQ para monitorizar el cambio reciente que han experimentado los pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será "no más que lo habitual" y no identificará este como problemático. Este problema se puede obviar parcialmente utilizando la puntuación CGHQ para corregir el cuestionario.

El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

Las diferentes subescalas del GHQ-28 valoran sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, estas subescalas no son independientes entre sí. Aunque las subescalas B (ansiedad/insomnio) y D (depresión grave) se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras para ansiedad y depresión, esto no ocurre con la subescala A para síntomas somáticos.

Se ha demostrado en algunos estudios que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el GHQ, se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad.

1.2.1 DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS

a) Burnout: Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador

b) Compromiso Organizacional: Asunción de tareas y medios asignados al puesto de trabajo con una actitud positiva, que posibilita los logros de la institución.

c) Estrés laboral: Son las respuestas acerca de las sensaciones de incapacidad que experimentan frente a situaciones laborales que le generan sentimientos de conflicto y frustración.

d) Recursos Humanos: Conjunto de personas disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa.

e) Salud mental: el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar la influencia del desgaste laboral en la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María - Huánuco 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características generales de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.
- Establecer la influencia del cansancio emocional en la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

- Evaluar la influencia de la despersonalización en la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.
- Medir la influencia de la falta de realización personal en la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

1.4 HIPOTESIS.

- **HIPOTESIS GENERAL:**

H₀: El desgaste laboral no se relaciona significativamente con la salud general de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

H₁: El desgaste laboral se relaciona significativamente con la salud general de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

- **HIPOTESIS ESPECÍFICAS:**

H₀₁: El agotamiento emocional no se relaciona significativamente con la salud general de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

H₂: La despersonalización no se relaciona significativamente con la salud general de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

H₃: La falta de realización personal en el trabajo no se relaciona significativamente con la salud general de los profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

1.5 VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

Salud general de los trabajadores de salud.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Desgaste laboral de los trabajadores de salud.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Edad

Sexo

Tipo de profesión

Años de experiencia profesional

Situación laboral

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Salud General	Síntomas somáticos de origen psicológico.	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
	Síntomas relacionaos con la ansiedad.	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
	Síntomas relacionados con la disfunción social.	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
	Síntomas que se	Cuantitativa	Intervalo	Media,

	relacionan con el estado de ánimo.			Mediana, N°, %, r de pearson
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Desgaste laboral	Agotamiento emocional	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
	Despersonalización	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
	Realización personal en el trabajo	Cuantitativa	Intervalo	Media, Mediana, N°, %, r de pearson
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Edad	En años	Cuantitativa	Razón	N°, % Media, D.E
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	N°, %
Tipo de profesión	Médico Enfermera Obstetricia	Cualitativa	Nominal	N°, %
Años de experiencia profesional	En años	Cuantitativa	Razón	N°, % Media, D.E
Situación laboral	Nombrado Contratado	Cualitativa	Nominal	N°, %

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 AMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital Tingo María de Huánuco. El periodo del estudio fue entre los meses de febrero y setiembre del 2016.

2.2 POBLACION

La población y muestra del estudio está conformada por todos los profesionales de la salud distribuidos entre médicos, enfermeros y obstetras que en total son 31 trabajadores.

CRITERIOS DE SELECCION:

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

Médicos, enfermeros y obstetras que trabajan en el servicio de Emergencia.

Con un tiempo de permanencia mayor de 6 meses.

Que acepten formar parte del estudio mediante el consentimiento verbal.

Los criterios de exclusión fueron:

Trabajadores que laboren en consultorios externos

Que desempeñen labor administrativa.

Que realicen pasantías, stage en los servicios.

Que se realicen turnos de reten o productividad, y que pertenezcan a otros servicios.

Que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

2.3 MUESTRA

Teniendo en cuenta estos criterios, se incluye a todos los trabajadores a fin de evitar errores muestrales, es decir se trabajó con una muestra total de 31 trabajadores de salud.

2.4 TIPO DE ESTUDIO

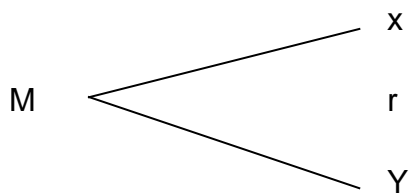
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio es de tipo descriptivo y correlacional.

Según la ocurrencia de los hechos es de tipo Prospectivo ya que es necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio es de tipo Transversal, porque se tiene en cuenta un cohorte durante la investigación.

2.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño de aplicación en el trabajo de investigación será el Diseño Descriptivo correlacional en el siguiente esquema:



Donde:

M= Población Muestral

X= Variable Independiente

y= Variable Dependiente

r= La relación probable entre las variables

2.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

2.6.1 TECNICAS.

Dentro de las técnicas de investigación se utilizará la encuesta debido a que en el estudio se utilizarán instrumentos con preguntas cerradas tipo likert.

2.6.2 INSTRUMENTOS.

Dentro de los instrumentos se utilizó los siguientes cuestionarios:

a. Cuestionario de desgaste laboral (Inventario «Burnout» de Maslach).

En primer lugar en la recolección de datos sobre el desgaste laboral se utilizó como técnica la encuesta autoadministrada, siendo el instrumento el inventario de Maslach elaborado por Maslach y Jackson en el año 1981, utilizando para el estudio la adaptación hecha por los españoles Moreno, Oliver y Aragoneses (Anexo 01), el cual contiene 22 enunciados de respuesta libre, con una escala de siete alternativas.

Las variables que establece la escala de Maslach son las siguientes:
Cansancio Emocional: Cuya puntuación máxima es 54. Considerándose alta, mayor de 27, y baja, menor de 18. Preguntas relacionadas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: Puntuación máxima 30. Alta mayor de 10 y Baja si es menor de 5. Preguntas relacionadas: 5, 10, 11, 15 y 22.

En cuanto más alta sean las puntuaciones, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización, respectivamente.

Falta de Realización Personal: Puntuación máxima 48. Alta si es mayor de 40 y Baja si es menor a 33. Cuanta más baja sea la puntuación, menor es la realización. Preguntas relacionadas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

En lo que se refiere a la confiabilidad del inventario de Maslach, Maslach y Jackson en 1981 citan los siguientes índices a: 0.87 para la escala Agotamiento Emocional, 0.76 para la Falta de Realización Personal y 0.73 para la de Despersonalización. Posteriormente, Maslach y Jackson en 1986 hallan unos índices de 0.90 para la de Agotamiento Emocional, 0.71 para Reducida Realización Personal y 0.79 para Despersonalización. Por lo que se refiere a la consistencia interna para todos los ítems, en 1981 encuentra un índice de 0.76, pasando a 0.80 en la versión de 1986.

Luego de obtenido los datos estos fueron procesados de forma manual previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz teniendo en cuenta la puntuación del Inventario de Maslach.

Nunca = 0

Casi Nunca = 1

Algunas veces al año = 2

Algunas veces al mes = 3

Alguna vez a la semana = 4

Varias veces a la semana = 5

Diariamente = 6

Para la medición de la variable de estrés se usó la siguiente medición del nivel de estrés laboral:

Cansancio emocional

Alto 36-54 Medio 18-35 Bajo 0-17

Despersonalización

Alto 20-30 Medio 10-19 Bajo 0-9

Falta de realización personal

Alto 32-48 Medio 16-31 Bajo 0-15 Desgaste laboral

Alto 88-132 Medio 44-87 Bajo 0-43

b. Cuestionario de salud general.

Asimismo, se usó el cuestionario de Salud General de Goldber (GHQ). La puntuación total se calculó sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud general).

2.7 PROCEDIMIENTO.

Los procedimientos realizados en el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Coordinación con el Director del Hospital Tingo María de Huánuco.
- b) Coordinación con la Jefatura de Enfermería del Hospital Tingo María de Huánuco.
- c) Identificación de la población muestral.
- d) Se aplicó el instrumento de estudio teniendo en cuenta el tiempo de duración por cada encuesta.
- e) Proceso de análisis e interpretación de datos.

2.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

a. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.

b. Análisis Inferencial.

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de PEARSON (r) para establecer la relación entre las dos variables en estudio y para su prueba de significancia se utilizó la Prueba t de Student con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN

Tabla 01

Edad en años del profesional que labora en el Servicio de Emergencia

Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Edad en años	N = 31	
	Frecuencia	%
De 25 a 32 años	10	32,3
De 33 a 40 años	8	25,8
De 41 a 48 años	7	22,6
De 49 a 56 años	6	19,4

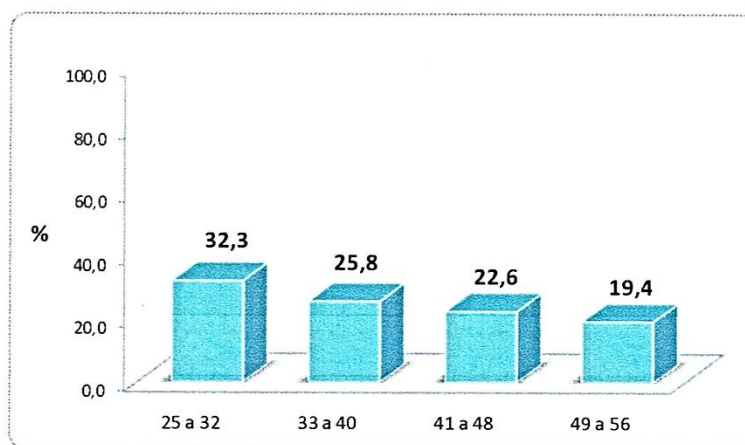
Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 01

Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según edad

Hospital
María -

Tingo



Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Huánuco 2016

En cuanto a la distribución de la edad en años del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María, observamos que el 32,3% (10 profesionales) presentaron edades entre 25 a 32 años; le sigue el 25,8% (8 profesionales) entre 33 a 40 años; el 22,6% (7 profesionales) estuvieron entre 41 a 48 años y el 19,4% (6 profesionales) tuvieron entre 49 a 56 años de edad. La edad media de los profesionales en estudio fue de 39,4 años; con una mediana de 38 años lo que indica que el 50,0% de estos profesionales estuvieron por encima de los 38 años y los otros por debajo y la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 56 años.

Tabla 02

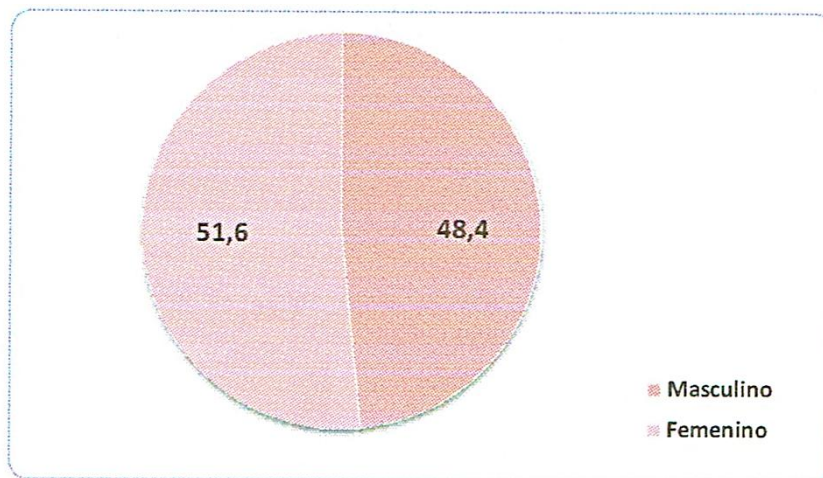
**Sexo del profesional que labora en el Servicio de Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	15	48,4
Femenino	16	51,6
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 02

**Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
sexo
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**



Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

En relación al sexo del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 51,6% que representan 16 profesionales, son de sexo femenino y el 48,4% que equivale a 15 profesionales correspondieron al sexo masculino.

Tabla 03

**Tipo de profesional que labora en el Servicio de Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**

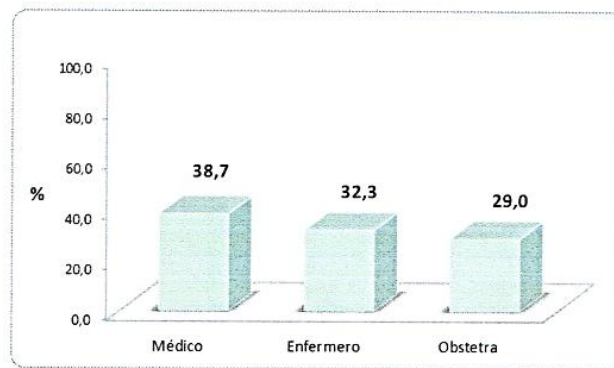
Tipo de profesional	Frecuencia	%
Médico	12	38,7
Enfermero	10	32,3
Obstetra	9	29,0
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 03

**Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
tipo**

Hospital Tingo María - Huánuco 2016



Respecto al tipo de profesión del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, encontramos que el 38,7% (12 profesionales) fueron médico; el 32,3% (10 profesionales) correspondieron a la profesión de enfermería y el 29,0% (9 profesionales) pertenecieron al grupo ocupacional de obstetricia.

Tabla 04

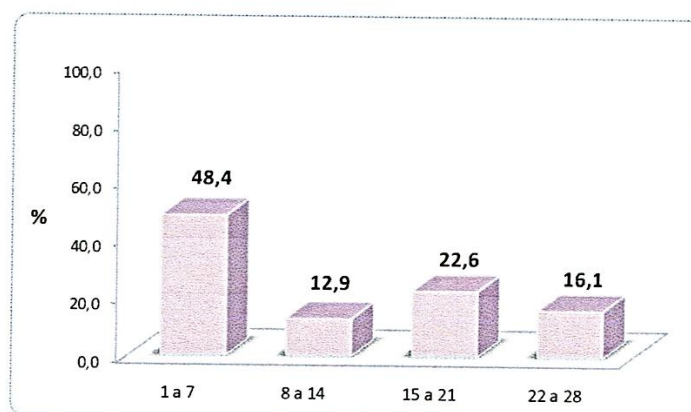
**Experiencia laboral del profesional que labora en el Servicio de Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**

Experiencia laboral (años)	Frecuencia	%
1 a 7	15	48,4
8 a 14	4	12,9
15 a 21	7	22,6
22 a 28	5	16,1
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 04

**Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según experiencia laboral
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**



Concerniente a la experiencia laboral del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que el 48,4% (15 profesionales) tuvieron experiencia laboral entre 1 a 7 años; el 22,6% (7 profesionales) entre 15 a 21 años; asimismo, el 16,1% (5 profesionales) mantuvieron experiencia entre 22 a 28 años y el 12,9% de los profesionales estuvieron entre 8 a 14 años. La experiencia laboral media fue de 10,9 años; siendo la experiencia laboral mínima de 1 año y la máxima de 28 años.

Tabla 05

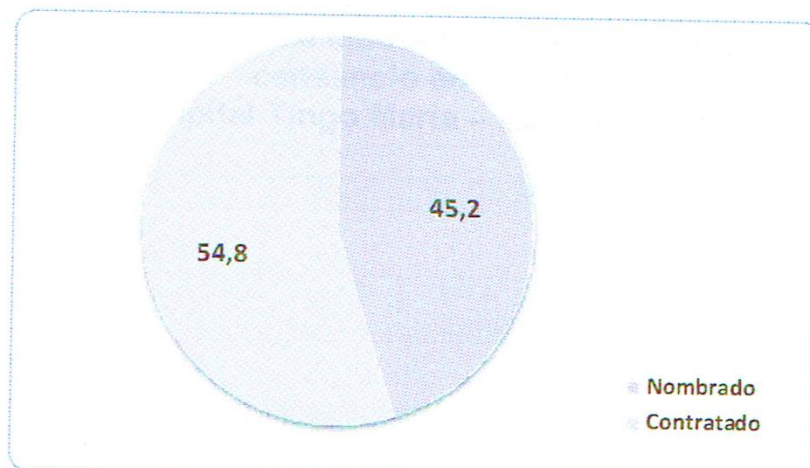
**Situación laboral del profesional que labora en el Servicio de Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**

Situación Laboral	Frecuencia	%
Nombrado	14	45,2
Contratado	17	54,8
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 05

**Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
situación laboral
Hospital Tingo María - Huánuco 2016**



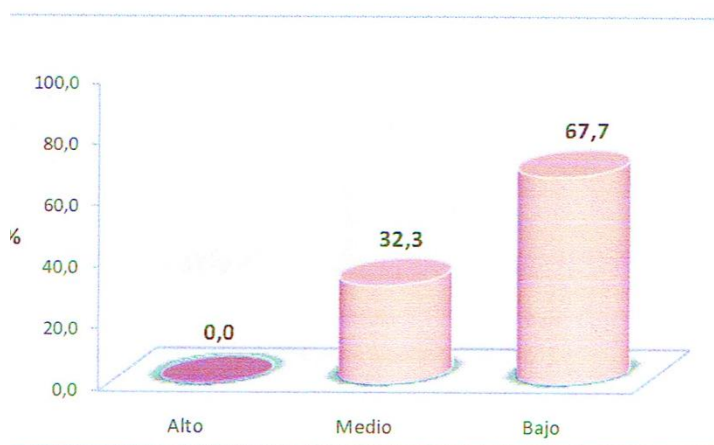
De acuerdo a la situación laboral del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, evidenciamos que el 54,8% que representan 17 profesionales pertenecieron al grupo de contratados y sin embargo, el 45,2% que equivale 14 profesionales tuvieron la condición de nombrado.

Tabla 06
Nivel de cansancio emocional del profesional que labora en el Servicio de
Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Cansancio Emocional	Frecuencia	%
Alto	0	0.0
Medio	10	32,3
Bajo	21	67,7
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01)

Gráfico 06
Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
cansancio emocional
Hospital Tingo María - Huánuco 2016



En cuanto al cansancio emocional del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 67,7% que representan 21 profesionales se encontraban con nivel bajo de cansancio emocional; asimismo, el 32,3% que equivale a 10 profesionales tuvieron cansancio emocional medio y en cambio ningún profesional manifestó el nivel alto de cansancio emocional.

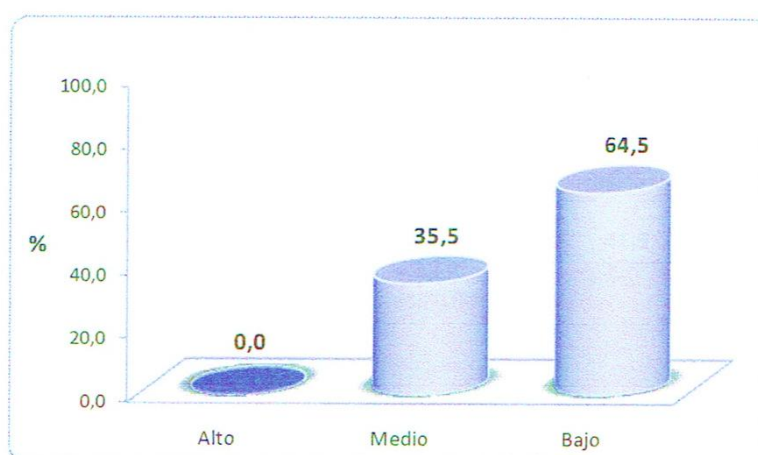
Tabla 07
Nivel de despersonalización del profesional que labora en el Servicio de
Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Despersonalización	Frecuencia	%
Alto	0	0,0
Medio	11	35,5
Bajo	20	64,5
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 07

Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
despersonalización
Hospital Tingo María - Huánuco 2016



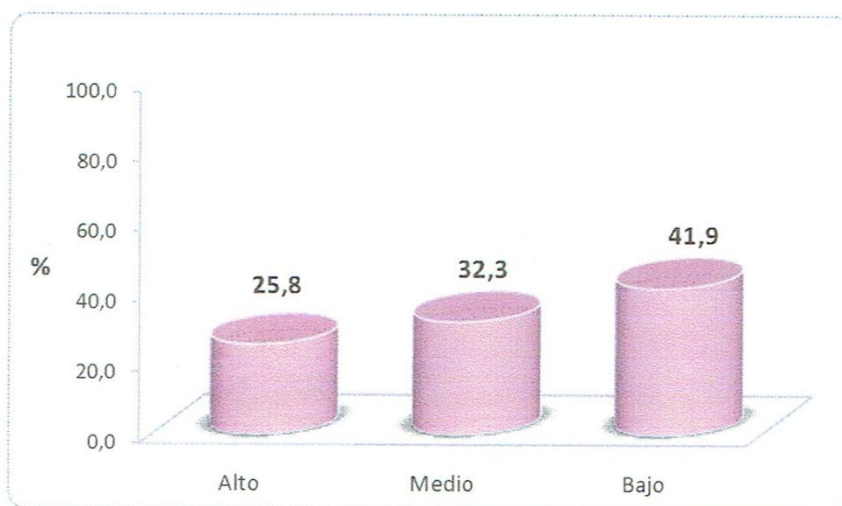
En relación a la despersonalización del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 64,5% que representan 20 profesionales se encontraban con nivel bajo de despersonalización; asimismo, el 35,5% que equivale a 11 profesionales tuvieron despersonalización medio y en cambio ningún profesional manifestó el nivel alto de despersonalización.

Tabla 08
Falta de realización personal del profesional que labora en el Servicio de
Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Falta de realización personal	Frecuencia	%
Alto	8	25,8
Medio	10	32,3
Bajo	13	41,9
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 08
Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
falta de realización personal
Hospital Tingo María - Huánuco 2016



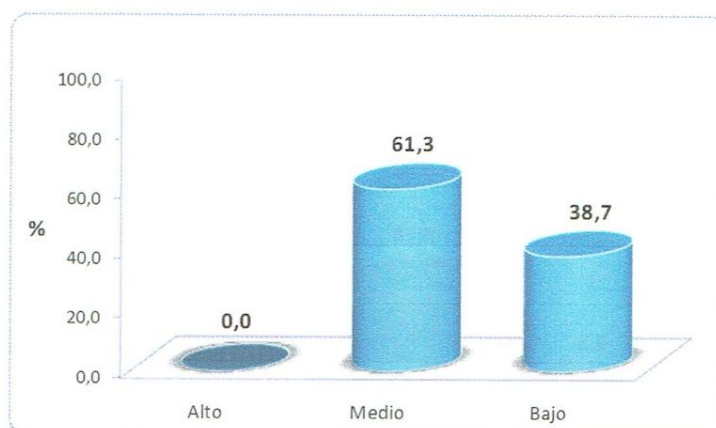
Concerniente a la falta de realización personal del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 41,9% que representan 13 profesionales se encontraban con nivel bajo de falta de realización personal; asimismo, el 32,3% que equivale a 10 profesionales tuvieron falta de realización personal medio y en cambio el 25,8% de los profesionales manifestaron el nivel alto de falta de realización personal.

Tabla 09
Nivel del desgaste laboral del profesional que labora en el Servicio de
Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Desgaste laboral	Frecuencia	%
Alto	0	0,0
Medio	19	61,3
Bajo	12	38,7
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de desgaste laboral (ANEXO 01).

Gráfico 09
Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
desgaste laboral
Hospital Tingo María - Huánuco 2016



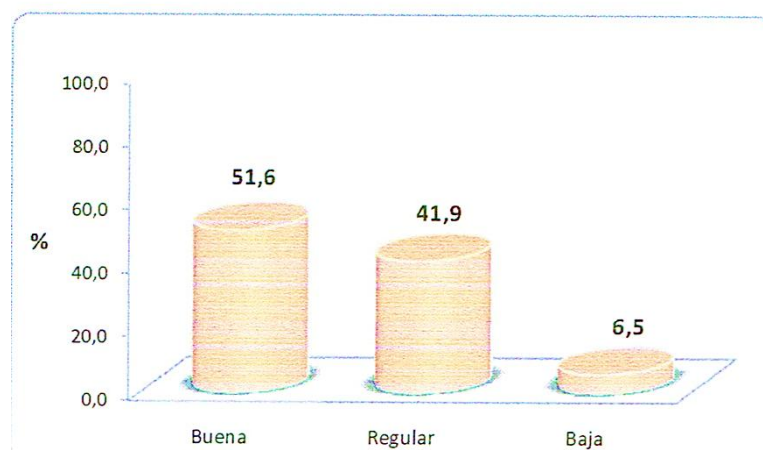
Respecto al nivel de desgaste laboral del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 61,3% que representan 19 profesionales se encontraban con nivel medio de desgaste laboral; asimismo, el 38,7% que equivale a 12 profesionales tuvieron desgaste laboral bajo y en cambio ningún profesional manifestó el nivel alto de desgaste profesional.

Tabla 10
Salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia
Hospital Tingo María - Huánuco 2016

Salud General	Frecuencia	%
Buena	16	51,6
Regular	13	41,9
Baja	02	6,5
Total	31	100,0

Fuente: Cuestionario de salud general de GOLDBERG (ANEXO 02)

Gráfico 10
Porcentaje de profesional que labora en el Servicio de Emergencia según
salud general
Hospital Tingo María - Huánuco 2016



En cuanto a la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, observamos que la mayoría del 51,6% que representan 16 profesionales indicaron buena salud general; por otro lado, el 41,9% que equivale a 13 profesionales manifestaron regular salud general y el 6,5% de los profesionales alcanzaron el nivel bajo de salud general.

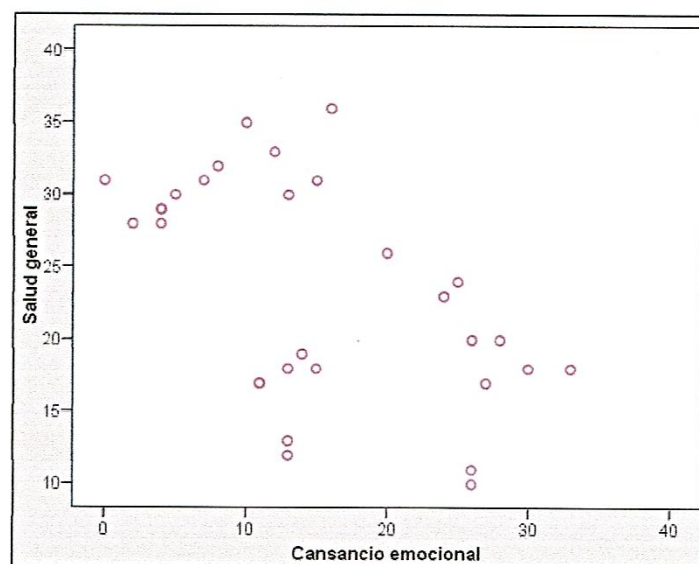
Tabla 11
Relación entre cansancio emocional y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016

VARIABLES	Salud General	
	r	Significancia*
Cansancio emocional	-0,56	0,001

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ANEXO 01 y 02

Gráfico 11
Dispersión de puntos entre cansancio emocional y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016



Fuente: ANEXO 01 y 02.

En cuanto a la relación entre cansancio emocional y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, se encontró un coeficiente

de correlación de Pearson negativa de -0,56 y una significancia de P50,001; revelando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

Del mismo modo, en la dispersión de los puntos, se observa una correlación negativa descendente, es decir que mientras el cansancio emocional disminuye se incrementan por el contrario la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

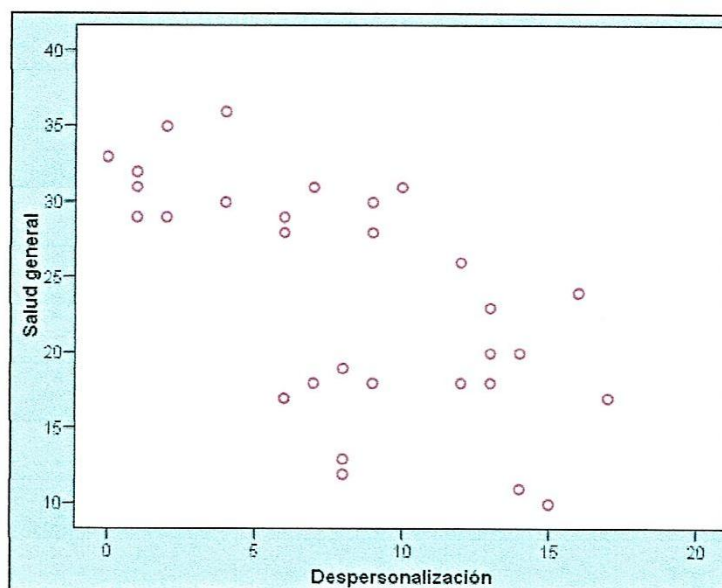
Tabla 12
Relación entre despersonalización y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016

VARIABLES	Salud General	
	r	Significancia*
Despersonalización	-0,62	0,000

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ANEXO 01 y 02

Gráfico 12
Dispersión de puntos entre despersonalización y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016



Respecto a la relación entre despersonalización y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, se encontró un coeficiente de correlación de Pearson negativa de -0,62 y una significancia de P:50,000;

indicando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

Del mismo modo, en la dispersión de los puntos, se observa una correlación negativa descendente, es decir que mientras la despersonalización disminuye se incrementan por el contrario la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

Tabla 13

Relación entre falta de realización personal y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016

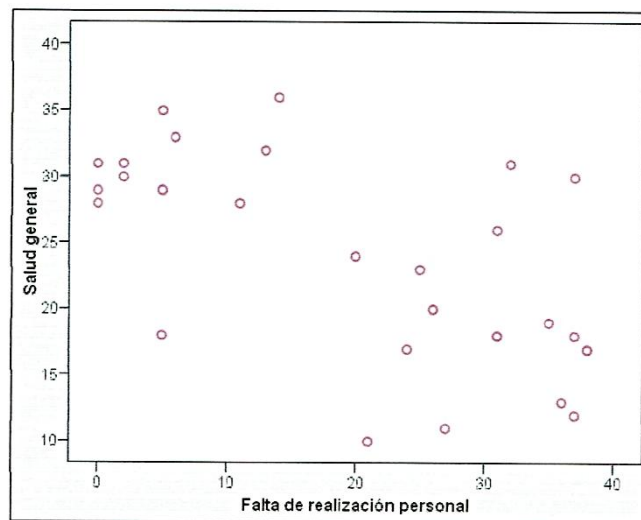
VARIABLES	Salud General	
	r	Significancia*
Falta de realización personal	-0,63	0,000

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ANEXO 01 y 02

Gráfico 13

Dispersión de puntos entre falta de realización personal y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016



Fuente: ANEXO 01 y 02.

Concerniente a la relación entre falta de realización personal y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, se encontró un coeficiente de correlación de Pearson negativa de -0,63 y una significancia de

P50,000; revelando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

Del mismo modo, en la dispersión de los puntos, se observa una correlación negativa descendente, es decir que mientras la falta de realización personal disminuye se incrementan por el contrario la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

Tabla 14

Relación entre desgaste personal y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016

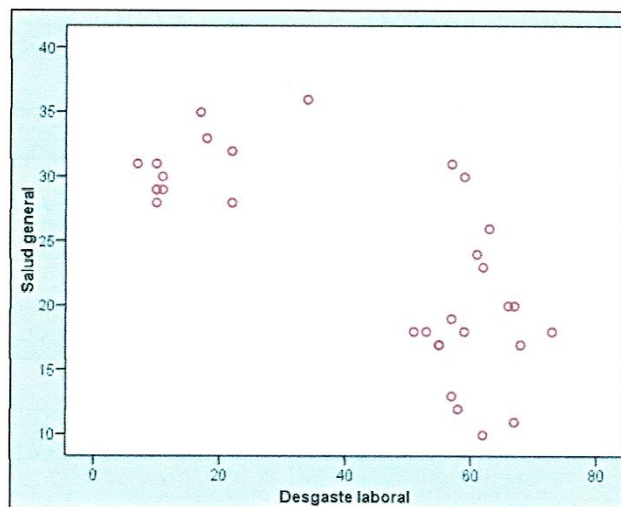
VARIABLES	Salud General	
	r	Significancia*
Desgaste laboral	-0,73	0,000

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ANEXO 01 y 02

Gráfico 14

Dispersión de puntos entre desgaste personal y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia Hospital Tingo María - Huánuco 2016



Fuente: ANEXO 01 y 02.

Y, en cuanto a la relación entre desgaste laboral y salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia, se encontró un coeficiente de correlación de Pearson negativa de -0,73 y una significancia de P:50,000;

indicando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

Del mismo modo, en la dispersión de los puntos, se observa una correlación negativa descendente, es decir que mientras el desgaste laboral disminuye se incrementan por el contrario la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María.

3.2. DISCUSION.

Dentro de una organización cuando se logra el equilibrio entre los factores individuales y las condiciones laborales, el trabajo crea sentimientos de confianza en sí mismo, aumenta la motivación, incrementa la capacidad de trabajo y el bienestar del empleado. Cuando existe una mala adaptación, las necesidades no están satisfechas y las habilidades están sobre o infravaloradas, el individuo reacciona de diferentes formas, entre las que destacan insatisfacción laboral, irritación, tensión, depresión, disminución de la capacidad de concentración, etc., que pueden tener como consecuencias la aparición de disfunciones en la organización, como el aumento de incidentes y de accidentes, el absentismo laboral, la rotación, la intención de cambio, etc. Es necesario, por tanto, abordar los aspectos psicosociales existentes en el trabajo capaces de ocasionar la reducción de la satisfacción así como su interdependencia con los accidentes y las enfermedades laborales. De esta forma, la satisfacción laboral, tanto por lo que ella misma significa, como por sus relaciones con otras variables es necesario incluirla en el estudio de la prevención de riesgos laborales (31).

En nuestra investigación encontramos relación significativa estadísticamente entre desgaste laboral y salud general del profesional ($r=-0,73$; $P<0,000$); es decir que mientras el desgaste laboral disminuye se incrementan por el contrario la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María. Asimismo, encontramos relación significativa entre la salud general y el cansancio emocional ($r=-0,56$; $P=0,001$); despersonalización ($r=-0,62$; $P=0,000$) y falta de realización personal ($r=-0,63$; $P=0,000$), todas tuvieron relación negativa donde mientras el cansancio emocional; despersonalización y falta de realización personal disminuye se incrementan por el contrario la salud general.

Al respecto, Revilla, Ríos y Luna (32) mencionan en su estudio que las variables estudiadas que se asocian con mayor probabilidad de presentar

problemas psicosociales son el sexo femenino (odds ratio [OR] = 2,15; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,14-4,04) y la presencia de altos niveles de estrés (OR = 2,65; IC del 95%, 1,50-4,68), que mantendrían una relación estadísticamente significativa con las puntuaciones de la salud general una vez se han tenido en cuenta todas las variables.

Bonafonte, señala que la exposición de los trabajadores a los estresores laborales está estrechamente relacionada con el deterioro de su salud. Las consecuencias negativas del estrés sobre la persona pueden ser agrupadas en varias categorías: enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas organizativos (33).

Las alteraciones psicológicas más comunes relacionadas con el estrés son la ansiedad, el descenso de la autoestima, el incremento de la irritabilidad, la falta de motivación y la depresión. Entre los problemas comporta mentales destacan las alteraciones en los hábitos alimenticios y de sueño, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo destacarían la disminución del rendimiento, el incremento de la accidentalidad, la rotación y el absentismo.

También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como los problemas psicosociales en la mujer y la familia, el estrés laboral, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales (34).

Lahera y Góngora (35) consideran al estrés laboral como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con el bienestar general, y que poseen capacidad para afectar tanto al desarrollo del trabajo como a la salud física, psíquica o social del trabajador.

Además, contribuyen a la salud general elementos que se encuentran relacionados con las exigencias de la tarea, la complejidad, la cantidad y la importancia que tiene el conjunto de actividades que deben desarrollar los empleados (36). También suele influir el entorno físico en el que se trabaja (por ejemplo, un ambiente ruidoso o una temperatura inadecuada); la presencia del desgaste laboral y las exigencias de atención que requiere una tarea.

Sebastián y Hoyo (37), sostienen que el sujeto que está sometido a una situación de mala salud general prolongada suele presentar, como consecuencia, fatiga mental, entendida como la disminución de la capacidad física y mental de un individuo, después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado.

Dentro de los factores laborales, los de riesgo psicosocial como los cambios organizativos, la introducción de nuevas tecnologías, los referidos a las relaciones personales, la aplicación de distintos estilos de liderazgo, etc., están considerados como antecedentes del estrés laboral y como consecuencia de éste, de distintos procesos de enfermedad (38). Los estudios sobre la salud laboral han puesto de manifiesto este hecho, que no provienen exclusivamente de los factores físicos del entorno de trabajo, sino que los factores psicosociales son importantes e influyentes en los estados de malestar, es decir, en los estados de estrés que pueden derivar en problemas psíquicos y/o físicos. La propia definición del concepto de condiciones de trabajo en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, no se reduce a las condiciones físicas y ambientales del puesto y lugar de trabajo, si no que incluye aspectos relacionados con la organización, con las demandas de las tareas, con el sistema de contratación, etc.

Finalmente, el bienestar y la salud del trabajador ha llegado en nuestros días a ser una disciplina desarrollada, cuyo campo de estudio es amplio e incluye numerosas variables relacionadas con el mundo laboral y la prevención de riesgos: características y condiciones del trabajo, satisfacción, estrés,

enriquecimiento de tareas y características de las organizaciones (39). Se asumen relaciones entre las percepciones y las actitudes de los individuos, y su comportamiento, convirtiéndose la percepción del riesgo y de la salud en la variable central de la conducta preventiva (40).

CONCLUSIONES

El estudio llega a las siguientes conclusiones:

El 61,3% que representan 19 profesionales de la salud se encontraban con nivel medio de desgaste laboral; asimismo, el 38,7% que equivale a 12 profesionales tuvieron desgaste laboral bajo.

Por otro lado, el 51,6% que representan 16 profesionales indicaron buena salud general; el 41,9% que equivale a 13 profesionales manifestaron regular salud general y el 6,5% de los profesionales alcanzaron el nivel bajo de salud general.

Existió relación significativa entre cansancio emocional y salud general con una correlación de Pearson negativa de -0,56 y una significancia de P50,001.

Asimismo, existió relación entre despersonalización y salud general con una correlación de Pearson negativa de -0,62 y una significancia de P50,000.

Del mismo modo, hubo relación entre falta de realización personal y salud general con una correlación de Pearson negativa de -0,63 y una significancia de P50,000.

En general, existió relación entre desgaste laboral y salud general del profesional con una correlación de Pearson negativa de -0,73 y una significancia de P50,000. Es decir, que mientras el desgaste laboral disminuye se incrementan por el contrario la salud general.

RECOMENDACIONES

Se sugieren las siguientes recomendaciones:

Promover el bienestar en el trabajo, tanto desde el punto de vista físico, como moral y social y que no se mida únicamente por la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales.

Es necesaria la adecuación del marco normativo para integrar en él nuevos fenómenos de problemas, como el estrés laboral, la fatiga, la ansiedad, el estado emocional, etc.

La conveniencia de abordar por medio del diálogo social los nuevos riesgos y en particular el estrés, cuyo carácter multiforme, principalmente por la amplia variedad de patologías en que puede manifestarse, justifica un planteamiento de estas características que implique a los interlocutores sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Health & Safety Executive. A critical review of psicosociales hazard measures. The Institute for Employment Studies. University of Sussex Brighton (Reino Unido), 2001.
2. Morales-Carmona F, Díaz FE, Espíndola HG, Henales AC y col. Concepto de salud psicológica. En: Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Vol. 1 Universidad Iberoamericana, The Scranton University. México: El Manual Moderno, 2005; pp: 49-62.
3. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness questionnaire. Maudsley Monograph. Oxford: Oxford University Press, 1972; pp: 21 y 155.
4. Gómez EM, Morales-Carmona F, Aretia PA, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. Ginecol Obstet Mex 199Q58-112-6.
5. Espíndola-Hernández JG, Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Nieto D y col. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. Perinatología y Reproducción Humana 20061-20(4):112-22.
6. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño MJ, Cuenca VJ. Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la Ciudad de México. Psicología Iberoamericana 2007-15(1)-60-67.
7. Díaz-Franco E, Rodríguez-Pérez L, Mota-González C, Espíndola Hernández G y col. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod Hum 2006; 20(4)-80-90.
8. Morales-Carmona F, Díaz FE, Espíndola HG, Henales AC y col. Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Vol H. Universidad

Iberoamericana, The Scranton University. México: El Manual Moderno, 2005; pp: 57-67.

9. López, R.M., Martín, C.M., Fuentes, C.f., García, E., Ortega, R., Cortés, A.D. & García, J.L. El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. Medicina Paliativa, 2000, 7(3), 94-100.

10. Jamal, M. Burnout among Canadian and Chinese employees: A cross-cultural study. European Management Review, 2005, 2, 224-230.

11. Rout, U.R. y Rout, J.K. Stress management for primary health care professionals. Hingham, MA: Kluver Academic Publishers. 2002.

12. Carmona, F., Sanz, L. & Marín, D. Relaciones entre el estrés en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Revista Enfermería Científica. ene-feb 2002, 238(239) 33-39.

13. Epstein, R. (2001) Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. Atención Primaria. 27 (7) 511-513.

14. LLor, B. & Abad, M. . (1995). Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid. McGraw-hil 1-Interamericana de España.

15. Manzano, G. y Ramos, F.: «Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout», Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, núm. 16, 2, 2000, pp. 197-213.

16. Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P.: «Job Burnout», Annual Review of Psychology, núm. 52, 2001, pp. 397-422.

17. Williams 5, Cooper C. Measuring occupational stress. Journal of Occupational Health Psychology, 2004, 3: 306-321.

18. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Sistemas y programas: cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades europeas. 2003.

19. Lemkau, J., Rafferty, J., y Gordon, R. Jr. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. Family Practice Research Journal, 1994, 14, 213-222.

20. Grassi, L. y Magnani, K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, 69, 329-334.
21. Albadejo, R.& Villanueva, R. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2004, 78 (004), 505-516.
22. McVicar, A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44(6), 633-642.
23. Merín J, Cano A, Miguel JJ. El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés* 1995; 1:113-30.
24. Pimenta A. y Colab. Stress, enfrentamiento y Salud General de los Enfermeros que actúan en Unidades de Terapia Intensiva y problemas Renales. Brasil. 2002. Pg. 2.
25. Riesquez, 1 y Fernández, C. Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer. Murcia. 2005.
26. Coronado y Colab. Estrés en las Enfermeras de Área Quirúrgica del Hospital José vargas de Ja Ovallera, Municipio Libertador Estado Aragua, aplicando la teoría de Imogene King. Venezuela. 2002 .Pg 12.
27. Sánchez, N. y otros. Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta. *Psiquiatria.com*. 2005; 9(4).
28. Farías S. Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud Pediátrico. *Rey. Hosp. Niños Buenos Aires*.2006; 48:3-11.
29. Durand y Colab. Nivel de estrés en enfermeras en Hospitales de Lima Metropolitana. En *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima. 2002. Pg. 2.

30. López M. Niveles de estrés en Enfermeras que laboran en Unidades Críticas del HC.SSNP. En Tesis UNFV. Lima 1990. Pg. 63.
31. Sáez, MC. Burnout en Equipos de Atención Primaria de Salud: Relaciones con Clima, Satisfacción y Compromiso Organizacional en el Marco de la Calidad Asistencial. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Departamento de Psiquiatría y Psicología Social. Murcia. 2003.
32. Revilla, L., Ríos, AM y Luna, JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria. 2004 May;33(8):417 - 422.
33. Bonafonte, M. Psychosocial risks for work related stress, 2005. [Revista electrónica] mww.prevencioninteciral.com
34. Ezoë S, Morimoto K. Quantitative assessment of stressors and stress reaction: a review. Sangyo Igaku 2004; 36(6):397-405.
35. Lahera, M. y Góngora, J.J. Factores psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo. Instituto Navarro de Salud Laboral. 2002.
36. Arquer, MI y Nogareda, C. Notas técnicas de prevención (659). Carga mental de trabajo: diseño de tareas. Madrid: INSHT. 2004.
37. Sebastián, O. y Hoyo, M.A. La Carga mental de trabajo. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Barcelona: INSHT. 2004.
38. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería, 2003, 9 (2), 9-21.
39. Duro, A. Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud Laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos

teóricos. Revista Del Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales, Informes y estudios. 2005, 56, 15-56.

40. Blanco, A., Sánchez, F., Carrera, P., Caballero, A. y Rojas, D. Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.), SIDA: Una visión multidisciplinar. Cuenca: Ediciones Castilla La Mancha. 2000.

ANEXO

ANEXO N°01
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" DE HUÁNUCO
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA
CUIDADO DE ENFERMERO EN PACIENTE CRITICO ADULTO
CUESTIONARIO DE DESGASTE LABORAL

Título de la investigación: Relación entre el desgaste laboral y la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María - Huánuco 2016.

Instrucciones.

A continuación Ud. encontrará algunos datos generales donde se le solicita responder completando o marcando con una X de acuerdo a lo que considere necesario. Por favor, en lo que concierne al estrés laboral siga las instrucciones que se indica.

Cada enunciado sólo admite una respuesta.

No deje sin contestar ninguna de los enunciados.

MUCHAS GRACIAS.

A. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ en años

2. Sexo:

_____ Masculino

_____ Femenino

3. Ocupación:

_____ Médico

_____ Enfermero

_____ Obstetra

4. Años de experiencia profesional: _____ en años

5. Situación laboral:

_____ Nombrado

_____ Contratado

B. DESGASTE LABORAL:

Instrucciones:

Durante el último mes ¿con qué frecuencia se ha visto sometido a las siguientes situaciones en su trabajo? Por favor, indíquelo según la escala que aparece a continuación:

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

ENUNCIADOS	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente cansado (a) por mi trabajo en el servicio.	0	1	2	3	4	5	6
2. Cuando termino mi turno en el servicio me siento vacío (a)	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otro turno de trabajo me siento cansado (a)	0	1	2	3	4	5	6
4. Siento que puedo entablar relaciones con los pacientes fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
5. Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con personas me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que el trabajo que realizo todos los días me cansa	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10. Siento que me he vuelto más duro (a) con las personas	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento con mucha energía al realizar mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

14. Siento que dedico demasiado tiempo a mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16. Siento que trabajar en contacto directo con las personas me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de haber trabajado con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22. Me parece que los pacientes me culpan por sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO N°02
UNIVERSIDAD "HERMILIO VALDIZÁN" DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA
CUIDADO DE ENFERMERO EN PACIENTE CRITICO ADULTO
CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

Titulo de la investigación: Relación entre el desgaste laboral y la salud general del profesional que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Tingo María - Huánuco 2016.

Instrucciones.

Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas simplemente marcando con una X las respuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido usted. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

Últimamente:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? - Más capaz que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos capaz que lo habitual

Mucho menos capaz

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión? - No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades? - No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día? - Más que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas? Más capaz que lo habitual

Igual que lo habitual

Menos capaz que lo habitual

___ Mucho menos capaz

9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

___ No, en absoluto

___ No más que lo habitual

- Bastante más que lo habitual - Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? - No, en absoluto

___ No más que lo habitual

___ Bastante más que lo habitual - Mucho más que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? - No, en absoluto

___ No más que lo habitual

___ Bastante más que lo habitual

___ Mucho más que lo habitual

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___ Más feliz que lo habitual

___ Aproximadamente lo mismo que lo habitual

___ Menos feliz que lo habitual

___ Mucho menos que lo habitual