

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EP de Psicología



Una Institución Adventista

Tesis

Estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada
de Lima, 2014.

Tesis para optar por el título profesional de Psicología

Autoras

Sonia Noemí Herrera Frías

Karen Yuliana Sabogal Silvestre

Asesor

Mg. Daniel Josué Farfán Rodríguez

Lima, 2015

Dedicatoria

Sonia Herrera Frías

Dedico este estudio en primer lugar a Dios
quien ha colocado “Luz en mi camino” en todo
este proceso. A mi familia quienes son mi motivo
de superación. A la Dra. Dámaris, en quien veo un
modelo a seguir en el área de la investigación.

Al Dr. Joel Peña y a la hermana María Paiva
que sin su ayuda incondicional no hubiera concluido este
trabajo. A mis amigos quienes celebran junto a mí mis logros.

Karen Sabogal Silvestre

Dedico este trabajo a mi Dios maravilloso
que hace que mis sueños se hagan realidad.

A mis padres, Julia y Wilder, por su constante
dedicación, amor, oración e inspiración.

A los hermosos hermanos que Dios puso en mi
vida, para protegerme y enseñarme.

A mi prima Susana por acompañarme, motivarme
y enseñarme a confiar más en Dios.

Agradecimientos

A nuestro Dios, Padre Celestial quien nos ha guiado y sustentado en este proceso.

A nuestra Alma Mater que congrega a los profesionales que nos inspiraron a tener
un espíritu investigador.

Al Departamento de Docencia e investigación de la Clínica Good Hope que nos
abrió las puertas para realizar la investigación.

A nuestros asesores al Mg. Daniel Farfán y al Ps. Wildman Vilca quienes nos
acompañaron en el desarrollo y culminación de lo que en un inicio parecía un sueño.

Finalmente deseamos que este trabajo sea un aporte y motivación a quienes creen
que la investigación es una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo
del saber.

“Y sabemos que a los que aman a Dios todas las cosas les ayuda a bien, esto es a
los que conforme a su propósito son llamados” (Proverbios 8:28).

Índice de contenido

Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	xi
Capitulo I: Introducción.....	xi
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema.....	4
2.1. Problema general.....	4
2.2. Problemas específicos.....	4
3. Justificación.....	4
4. Objetivos de la investigación.....	5
4.1. Objetivo general.....	5
4.2. Objetivos específicos.....	5
Capítulo II: Marco Teórico	6
1. Antecedentes de la investigación.....	6
2. Marco bíblico filosófico.....	20
2.1. La filosofía de la iglesia adventista respecto a la salud.....	22
3. Marco conceptual.....	25
3.1. Estilo de vida.....	25

3.2. Síndrome de <i>burnout</i>	37
4. Población de estudio.....	50
4.1. Profesionales de la salud.....	50
Capítulo III: Materiales y Métodos.....	52
1. Tipo y diseño de investigación.....	52
2. Hipótesis de la investigación.....	52
2.1. Hipótesis principal / general.....	52
2.2. Hipótesis derivadas / específicas.....	53
3. Variables de la investigación.....	53
3.1. Identificación de las variables.....	53
3.2. Operacionalización de las variables.....	54
4. Delimitación geográfica y temporal.....	58
5. Participantes.....	58
5.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	59
5.2 Características de la muestra.....	59
6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
6.1 Instrumentos.....	61
6.2 Proceso de recolección de datos.....	63
7. Procedimiento de análisis de datos.....	63
Capítulo IV: Resultados y discusión.....	64
1. Resultados descriptivos.....	64

1.1 Niveles de estilo de vida.....	64
1.2. Niveles del síndrome de <i>burnout</i>	65
2. Prueba de normalidad.....	66
3. Análisis inferencial.....	67
4. Discusión.....	69
CapítuloV:Conclusionesyrecomendaciones.....	73
1.Conclusiones.....	73
2. Recomendaciones.....	73
Referencias.....	73
Anexos1.....	90
Anexos2.....	91
Anexo3.....	92
Anexo 4.....	98
Anexo5.....	100
Anexo6.....	106
Anexo 7.....	110

Índice de tablas

Tabla 1

Operacionalización de las variables.....56

Tabla 2

Variables sociodemográficas del personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014.....59

Tabla 3

Niveles de estilo de vida.....64

Tabla 4

Niveles de síndrome de burnout.....65

Tabla 5

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio....66

Tabla 6

Coefficiente de correlación entre estilo de vida y síndrome de burnout.....67

Tabla 7

Estilo de vida y dimensiones del síndrome de burnout.....67

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre estilo de vida y síndrome de *burnout* en 70 trabajadores de ambos sexos del área de salud de una clínica privada de Lima. Para lo cual el estudio tuvo un diseño no experimental y de alcance descriptivo – correlacional, donde se utilizaron el cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* y el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS –I). Los resultados indican que no existe relación significativa entre estilo de vida y síndrome de *Burnout* ($\chi^2 = 2,859$; $p > 0,05$), con respecto al agotamiento emocional se encontró que no existe relación significativa con estilo de vida ($r = -,104$; $p > 0,05$), de igual forma con la dimensión despersonalización no se halló relación significativa ($r = ,115$; $p > 0,05$). Finalmente se encontró que existe relación significativa entre estilo de vida y la dimensión realización personal ($r = ,232$, $p \leq ,05$).

Palabras clave: estilo de vida, síndrome de *burnout*, personal de salud.

Abstract

The objective of the study was to determine the relation between lifestyle and *Burnout's* syndrome in 70 workers of both genders of the area of health in a private clinic in Lima. The study had a non-experimental design and a descriptive–correlational reach, where the "*Maslach's burnout Inventory*" questionnaire was used and the lifestyle profile questionnaire (PEPS –I). The results suggest that there is not a significant relation between lifestyle and *burnout's* syndrome (χ^2 2.859; P 0.05), according with the emotional exhaustion that it was found. There is not a significant relation with lifestyle (r - , 104; P 0.05), likewise, in the depersonalism dimension there was not a significant relation (r, 115; P 0.05). Finally it was found that there is a significant relation between lifestyle and the personal accomplishment dimension (r, 232, p, 05).

Keywords: Lifestyle, *burnout* syndrome, health personnel.

Introducción

La permanencia de un trabajador dentro del mercado laboral depende de las especializaciones y la actualización en su campo de trabajo; además, de la condición económica en algunas situaciones. Las conductas negativas para la salud y hábitos irregulares sumados a las diversas exigencias, cambios de horario y característica de la tarea de cualquier profesional podrían producir consecuencias físicas y psicológicas que afecten la salud (De Oliveira y Monteiro, 2004).

En el primer capítulo contiene el planteamiento del problema, formulación del problema, los problemas específicos, la justificación del estudio y los objetivos detallados.

El capítulo II describe los antecedentes de la investigación, se detallan los estudios tanto a nivel nacional e internacional; asimismo, se desarrolla el marco filosófico y el marco conceptual, en el que se describe cada una de las variables, estilo de vida y síndrome de *burnout* con su respectiva conceptualización, relevancia, aporte teórico, determinantes, causas, consecuencias y su relación con la población estudiada.

El capítulo III contiene la parte metodológica del estudio, tipo y diseño de investigación, hipótesis general e hipótesis específicas, características de la muestra; asimismo, se describe los materiales utilizados, instrumentos de recolección y proceso de análisis de los datos.

Finalmente en el capítulo IV se exponen los resultados del estudio, discusión, aportes del estudio, las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos utilizados.

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del problema

La actividad laboral, es una de las principales acciones que el hombre desarrolla a lo largo de su vida. La interacción social que se genera entre el trabajador y su entorno puede generar resultados beneficiosos. Sin embargo, puede ser el causante de importantes trastornos en la actividad laboral, afectándolo en sus diferentes áreas: personal, organizacional y social (Marcos, 2012).

En relación a ello, uno de los trastornos de la actividad laboral, es el síndrome de *burnout* que es un síndrome caracterizado por la pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización (Maslach & Jackson, 1986).

Por eso, Del Río, Perezagua y Vidal (2003) mencionan que el 10% de los trabajadores europeos sufren depresión, ansiedad o síndrome de *burnout*, calculándose que quince millones de distintos trabajadores lo sufren, asimismo, en lo que respecta a la Unión Europea son cuarenta millones de trabajadores que se encuentran en la

misma condición representando un gasto equivalente a veinte mil millones de euros en conceptos de absentismo laboral y costes sanitarios, determinándose de esta forma que el estrés relacionado con el trabajo es el segundo mayor problema de salud laboral.

En el ámbito latinoamericano, según Román (2003) Cuba registra una prevalencia de síndrome de *burnout* en el 30% en los profesionales de salud de los niveles primarios y secundarios de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina.

Por otro lado en el Perú el 79.7% de médicos y un 89% de enfermeras presentaban síndrome de *burnout* bajo; así también un 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras un nivel moderado de síndrome de *burnout* asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera de hospital (Quiroz y Saco, 2003).

Respecto al estilo de vida es considerado un constructo multidimensional que se desarrolla a los largo de la vida y además provee bienestar y desarrollo de la persona humana (Gamarra et al.2010).

Umaña (2005) realizó una investigación del estilo de vida en profesionales de la salud donde se encontró que existía un alto porcentaje de estilos de vida no saludables, en cuanto a exceso de trabajo, alimentación, ejercicio físico, relaciones interpersonales familiares y laborales, participación comunal, técnicas para el manejo del estrés y realización de pruebas diagnósticas, de igual forma, en el autoexamen de mamas, testículos y la citología cérvico – uterina.

Por ello Marcos (2012) encontró que los profesionales de enfermería en general están sometidos a diversos estresores laborales como: el horario de trabajo, la motivación que les ofrecen en las instituciones, los riesgos a los cuales están

expuestos, responsabilidad del cuidado, el estilo de vida que tienen. Los cuales al no ser afrontados pueden ocasionar el síndrome de *burnout*.

Por lo tanto, entre los diversos factores que están relacionados con el manejo del síndrome de *burnout*; se encuentra el estilo de vida saludable de las personas, que practicada de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, puede ayudar en el mantenimiento de la salud o puede colocar en situación de riesgo para la enfermedad (Gamarra, Rivera, Alcalde y Cabellos, 2010).

De igual forma los ambientes laborales de los profesionales de la medicina implican trabajo a turnos y nocturnos, realización de guardias, horarios prolongados de trabajo y otras condiciones ergonómicas que pueden afectar directamente en hábitos de salud como las horas de sueño o estilos de alimentación. Por ello, estas condiciones laborales son además complicadas para conciliar con una vida familiar, social y de ocio satisfactoria. Lo que puede actuar como un factor de riesgo más en procesos de estrés o síndrome de *burnout* (Mingote, Moreno & Gálvez, 2004).

Por ello, Guerrero y Rubio (2005) mencionan que hay un acuerdo generalizado en que las profesiones más predispuestas a desarrollar el síndrome de *burnout* son las que están orientadas a prestar servicio asistencial y de ayuda, en las que se tiene contacto personal más frecuente y directo con las personas a las que se les presta el servicio.

El trabajo que se realiza en los hospitales requiere que todos los profesionales de salud tengan la suficiente experiencia clínica y madurez que les permita la toma de decisiones difíciles, como implicaciones éticas y morales (Marcos, 2012).

Es por ello el interés de la presente investigación que consistirá en analizar las características del estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una

clínica privada de Lima, considerando la naturaleza de sus actividades que implican atención y servicio asistencial de otros seres humanos.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general.

¿Existe relación significativa entre estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014?

2.2. Problemas específicos.

¿Existe relación significativa entre estilo de vida y agotamiento emocional en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014?

¿Existe relación significativa entre estilo de vida y despersonalización en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014?

¿Existe relación significativa entre estilo de vida y realización personal en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014?

3. Justificación

El presente estudio permitirá conocer si existe relación entre el estilo de vida y el síndrome de *burnout* que tiene el personal de salud de una clínica privada de Lima. Además, los resultados del estudio permitirán a la clínica conocer el tipo de estilo de vida y el nivel de síndrome de *burnout* del personal de salud para tomar acciones al respecto como la promoción de estilos de vida saludables para contrarrestar posibles casos de síndrome de *burnout*.

Asimismo, el estudio aportará información empírica acerca de la relación entre estas dos variables corroborando si las variables y dimensiones se relacionan entre sí.

Respecto a nivel metodológico los instrumentos fueron sometidos a criterio de jueces para verificar si son adecuados para medir las variables en la población de estudio.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general.

Determinar si existe relación significativa entre estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

4.2. Objetivos específicos.

Describir los niveles de estilo de vida en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Describir los niveles de síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Determinar si existe relación significativa entre estilo de vida y agotamiento emocional en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Determinar si existe relación significativa entre estilo de vida y la despersonalización en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Determinar si existe relación significativa entre estilo de vida y realización personal en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Existe una diversidad de trabajos de investigación dedicados al estudio y determinación acerca del síndrome de *burnout* y estilo de vida a nivel descriptivo y/o correlacional. A continuación se presentan en primer lugar los antecedentes internacionales y luego los nacionales

Román (2003) realizó un estudio transversal con el título “Estrés y *burnout* en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención”. Siendo el objetivo conocer el estrés y *burnout* en médicos y enfermeras de consultorios comunitarios. La muestra fue un total de 287 profesionales de la salud de un municipio de la Habana, médicos y enfermeros de los niveles primarios y secundarios de atención. Asimismo, se utilizó tres cuestionarios: cuestionarios breves de *burnout* de Moreno, escala de síntomas de estrés de Aro e inventario de estrés para profesionales de la salud de Wolfgang. Seguidamente, para el procesamiento estadístico consistió en la aplicación de pruebas t de Student de diferencias de medias para grupos independientes y coeficientes de correlación de Pearson. También se

estableció como nivel de error mínimo aceptable $p \leq 0,05$. Finalmente, se concluyó que la prevalencia de *burnout* fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El *burnout* afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

Seguidamente, Macedo de la Concha, Nava y Valdez (2004) realizaron una investigación de tipo observacional, transversal descriptiva, con el título “Autoevaluación de los profesionales de la salud en el trabajo sobre su estilo de vida: estudio piloto (tercera parte)”. Fue un estudio piloto que se aplicó a una muestra de 54 alumnos de tres diplomados de salud en el trabajo impartidos por el departamento de salud pública, de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), durante el año 2001. Los resultados se compararon con una muestra mayor del mismo estudio, el cual se está aplicando a nivel nacional. El procedimiento de recolección fue por una encuesta denominada “Conocimientos generales sobre el estilo de vida”, para la cual se diseñó un cuestionario integrado por cuatro capítulos de preguntas cerradas y abiertas. Finalmente, en los resultados se obtuvo, que menos de la décima parte, consideró que tenía un estilo de vida malo; casi la mitad, regular, y una tercera parte, bueno.

También Umaña (2005) presenta una investigación descriptiva, correlacional con el título “Relación entre los estilos de vida y condición de salud de las y los profesionales en enfermería de hospital de Guápiles en México durante el año 2005. Cuyo objetivo general es analizar esta relación y los estilos de vida considerados tanto intralaborales y extralaborales. La población elegida está constituida por un 86,5% de mujeres y un 11,63% de hombres. La realización de los datos se realizó mediante un cuestionario y una valoración antropométrica, asimismo, el análisis de los datos se efectuó en dos etapas: análisis univariado y análisis bivariado. Finalmente, en los

resultados se obtuvo que un alto porcentaje de los (as) profesionales presentan estilos de vida no saludables y que el perfil de morbilidad de la población estudiada, incluye: sobrepeso u obesidad, elevación de lípidos, trastornos gastrointestinales, agotamiento físico y mental, alteraciones del estado de ánimo y del sueño.

Luego Salcedo (2007) realizó un estudio de tipo cuantitativo a nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal, titulado: “Nivel del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería que trabaja en el albergue central Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”. El objetivo fue determinar el nivel síndrome de *burnout* que presenta el personal de enfermería que trabaja en el albergue central Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro. Para el estudio se consideró a 71 profesionales y no profesionales de enfermería del albergue central Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro, los cuales cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se utilizó la escala de Maslach *burnout* Inventory (MBI). Para obtener los resultados se procesó en forma manual en el programa excel, para su presentación en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectiva. Se obtuvo que la mayoría del personal de enfermería que labora en el Albergue Central Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro presentan un nivel medio de síndrome de *burnout* esto implicaría que el personal de enfermería por lo general presenta pensamientos, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona en especial a los beneficiarios.

Además, Sosa (2007) presentó un estudio de tipo descriptivo con el título “Frecuencias de los síntomas del síndrome de *burnout* en profesionales médicos”. El objetivo del estudio fue analizar las características generales de los profesionales médicos, conocer la frecuencia de presentación de síntomas relacionados al síndrome de *burnout* en estos profesionales e indagar acerca de los factores de riesgo para la

presentación del síndrome. Asimismo el instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, de respuestas múltiples y dicotómicas. La muestra fue de 50 profesionales médicos de las ciudades de Rosario y Santa fe, durante el periodo comprendido entre los meses de julio diciembre de 2005. Posteriormente, en los resultados se encontró que el 76% de la población en estudio presentaba 4 síntomas o más, lo que se corresponde con un grado moderado, grave o extremo de síndrome de *burnout*. Seguidamente, al comparar la totalidad de la población en estudio con el grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome, se observó que no existían diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, edad, especialidades médicas, años de ejercicio de la profesión, ámbito de trabajo, horas de trabajo por semana y cantidad de horas de guardia médica. Finalmente, el grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome de *burnout* atendían mayor cantidad de pacientes por día que la población total y realizaban 7% más guardias médicas que el total de la población en estudio. Por ello, los principales síntomas referidos fueron irritabilidad (95%), cansancio físico (95%), distanciamiento afectivo (76%), fatiga mental (74%), ansiedad (66%), impaciencia (66%), dolores de cabeza frecuentes (50%), frustración (45%), aburrimiento (39%), tabaquismo (29%), aumento en el consumo de medicamentos(26%), mayor consumo de alcohol (18%), depresión (16%) y pensamientos suicidas (11%).

Por otro lado Sanabria, González y Urrego (2007) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional titulada “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos” con el objetivo del presente estudio fue establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el

modelo biomédico y su estilo de vida. Para ello se adaptó el cuestionario de Prácticas y creencias sobre estilos de vida, tomado de Salazar y Arrivillaga y se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Asimismo, con el fin de establecer las relaciones entre los comportamientos saludables y las características de los sujetos, se realizó un análisis de correspondencias múltiples que permitió establecer la presencia de dos factores que caracteriza a los sujetos con distintos tipos de estilo de vida: el primero (eje horizontal), hace referencia al tipo de estilo de vida de los sujetos (saludable, derecha vs. no saludable, izquierda) y el segundo a las características de los sujetos (menores de 25 años, solteros, sin hijos y generalmente médicos vs. mayores de 35 años, casados, generalmente enfermeras). El mismo análisis permitió establecer tres subclases o grupos claramente diferenciados, organizados dentro de los dos factores. Seguidamente, se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales.

De la misma forma Rodríguez, Cruz y Merino (2008) realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional con el título “*Burnout* en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile”, cuyo objetivo fue determinar la presencia de estrés laboral crónico o *burnout* y su probable relación con factores sociales y laborales. En los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de emergencias (UE) y servicios de atención médica de urgencia (SAMU) de la Octava Región, Chile. Se trabajó con el universo conformado por 91 enfermeras(os), siendo 57 de UE y 34 de SAMU; asimismo, se utilizó dos instrumentos recolectores de datos: el primero elaborado por la autora, que recogió

información sobre variables sociodemográficas y laborales, y el segundo correspondió a la escala de *Maslach burnout inventory* (MBI); que midió el desgaste profesional producto del estrés laboral crónico y los tres aspectos del síndrome de *burnout*, que corresponden a cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Es así, que en los resultados más relevantes del estudio mostraron que más del 50% de estos profesionales corresponden a adultos jóvenes, solteros(as) y sin hijos; presentando menos de 10 años de experiencia laboral y la mayoría realiza cuarto turno; este grupo de profesionales evidenció presentar síndrome de *burnout* en una intensidad intermedia, que estaría principalmente influenciado por variables laborales como la percepción de recursos insuficientes y la realización de exceso de turnos. Al mismo tiempo el grupo de mayor edad evidenció más cansancio emocional y los viudos o separados presentaron menos despersonalización que el resto de los encuestados.

Reyes (2008) realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, con enfoque cualitativo en el hospital nacional de San Benito Petén, realizado en el mes de abril, con el título “Factores que interviene a llevar estilos de vida saludable en el personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el hospital San Benito, Petén”. El objetivo de la investigación fue describir los factores que intervienen en el personal de enfermería para llevar estilos de vida saludables. Se aplicó el instrumento al 90% del personal de enfermería que labora en el servicio, un 10% del personal convocado no asistió. Fueron encuestadas dos enfermeras jefes de servicio y 16 auxiliares de enfermería. El resultado de la investigación evidenció que el 50% del personal encuestado no tiene una idea clara del concepto de estilo de vida saludable. Un 6% (una persona) conoce el estilo de vida

saludable el 33% responde incorrectamente; lo que evidencia la necesidad de capacitar al personal de enfermería sobre estilos de vida saludables y auto cuidado de la salud.

Por otro lado Contreras, Juárez y Murrain (2008) realizaron un estudio con el título “Influencia del *burnout*, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería”. Su objetivo fue determinar la influencia del *burnout*, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizados por los profesionales y auxiliares de enfermería. Se trabajó con una muestra no probabilística compuesta por 71 trabajadores de salud (52,1% enfermeros y 47,9% auxiliares de enfermería), la mayoría mujeres (77,5%), con una edad promedio de 33 años (DE= 8,1), fueron un total de 71 trabajadores de la salud. Asimismo, se utilizó el cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems y el cuestionario de afrontamiento al estrés es una escala de 42 ítems. Finalmente, en los resultados se encontró una correlación significativa entre el *burnout* y como esto afecta para que sea poco gratificante las relaciones interpersonales, en las cuales influye sobre el afrontamiento en crisis y en la percepción de vida relacionada con la salud, la cual se refiere al funcionamiento social, físico y cognitivo en las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud.

Por otra parte Rodríguez, Fernández, Benítez, Camino y Brea (2008) realizaron una investigación en España con el objetivo de detectar el síndrome de *burnout* entre los diplomado universitario en enfermería (DUE) de reanimación; evaluar calidad de vida y correlacionar carga de trabajo, síndrome *burnout* y calidad de vida, encontrándose en la media obtenida del *Maslach burnout Inventory* (MBI) en los tres apartados (cansancio emocional, despersonalización, realización personal). Se observó una media de puntuación del MBI superior en la mujer que en el hombre, mayor en

casados que en solteros. Además, el cansancio emocional y la realización personal son menores en el hombre que en la mujer y la despersonalización es superior en el hombre.

Luego Grau, Flichtenterie, Suñer, Prats y Braga (2009) realizaron una investigación comparativa, titulada “Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en el personal sanitario hispanoamericano y español, 2007”. El objetivo fue comparar la prevalencia de síndrome de *burnout* entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y sus percepciones. Para tal estudio se utilizó el cuestionario de *Maslach burnout Inventory* y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. La muestra fue 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41.7 años). El periodo de estudio fue desde diciembre del 2006 hasta setiembre del 2007. Seguidamente para la obtención de los resultados se realizó mediante la asociación entre variables y se utilizaron pruebas de regresión logística. En los resultados se encontró la prevalencia de *burnout* en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina y del 7,9% en Uruguay. Asimismo, los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentan prevalencia entre 2,5% y 5,9%. Seguidamente, en los profesionales de Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%, entre los médicos el *burnout* predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Finalmente se encontró que las variables protectoras fueron la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado

(OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91).

Asimismo Domínguez, Herrera, Villaverde, Padilla, Martínez y Domínguez (2011) realizaron una investigación de estudio transversal de prevalencia, titulada “Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta, 2012. Con el objetivo de determinar los niveles de síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Se llevó a cabo en el área sanitaria de Ceuta de atención primaria y especializada. La muestra fue de 200 trabajadores estratificada por sexo, puesto y centro de trabajo. El instrumento utilizado fue el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). En donde se estudiaron variables personales (edad, sexo, estado civil), laborales (centro, puesto de trabajo, antigüedad) y parámetros sanguíneos. En los resultados se encontró que el síndrome de desgaste profesional está presente en el 17,2% (IC 95%: 10,4-26,0) de los trabajadores.

Por último Méndez (2011) presentó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, aleatorizado y experimental, aprobado por el comité de investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación de México titulado “Evaluar el ejercicio como estrategia de intervención para reducir el grado de *Burnout* en médicos residentes en un periodo de ocho semanas. Asimismo, se reclutó a un total de 20 residentes médicos con síndrome de *burnout*. Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes. El grupo se dividió de forma aleatoria en dos grupos de 10 residentes, uno experimental y el otro control. Al grupo experimental se le programó y realizó una prueba de esfuerzo con protocolo de Bruce modificado con previa estratificación del riesgo cardiovascular según el *American Collegue of Sports Medicine* (ACSM) para dosificar el ejercicio aeróbico a cometer, durante ocho semanas, en promedio de una a dos veces por semana. Se repitieron estos procedimientos al finalizar la semana

8. Para el estudio se aplicó en ambos grupos el cuestionario de Maslach a la semana 0, 4 y 8 para conocer el grado de *burnout* además el ejercicio prescrito consistió en sesiones aeróbicas monitorizadas por medio de la frecuencia cardiaca, estando en un rango de 60% a 65% de la frecuencia cardiaca máxima alcanzada durante la prueba de esfuerzo. Para obtener los resultados se utilizó el programa SPSS *package* 12.0 para Windows (SPSS Software, Inc., Chicago IL, USA), además se obtuvo que hubo reducción del grado severo a leve con valores de 2.48, 1.78, 1.75 correspondientes a las semanas 0, 4 y 8 del estudio ($p = 0.001$). Por consiguiente, no se encontró diferencia significativa en el consumo de oxígeno pico, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, nivel sanguíneo de glucosa, lipoproteína de baja densidad y lipoproteína de alta densidad en comparación con la semana 0 y 8 y no se redujo de forma significativa el riesgo cardiovascular ($p = 0.25$).

Seguidamente se continuará con los antecedentes nacionales.

Gomero, Palomino, Ruiz y Llap (2005) presentaron un estudio titulado “El Síndrome de *burnout* en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto”. Donde se pretende identificar los trabajadores sanitarios con síndrome de *burnout* en nuestro centro de labor y aportar las características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. El estudio se realizó en el periodo entre enero y marzo del 2003, en los hospitales de Cuajone, Ilo y Toquepala de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation (SPCC), en la zona sur del Perú. Para ello se utilizó el *Maslach burnout Inventory* al personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú. La muestra fue de 130 de los cuales 26 fueron médicos(a), 35 enfermeros (a) s y 21 auxiliares de enfermería. Para el análisis de los datos se usó el programa Excel y el programa estadístico SPSS versión 11, además, de la prueba chi

cuadrado. Finalmente en los resultados se obtuvo que solo un médico presentó un puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para la realización personal (BRP).

Asimismo, Loli, Arias, Alarcón y Loli (2008) realizaron un estudio descriptivo, titulado “Agotamiento laboral en profesionales de salud de Lima Metropolitana”. Para ello se utilizó una muestra de 89 sujetos que cursaban estudios de posgrado en diversos centros superiores de estudio de los cuales 75 (84,3%) eran de sexo masculino y en su mayoría enfermeros. El instrumento utilizado fue un cuestionario adaptado y estandarizado por Fernando Arias Galicia en el (2006) conformado por 20 factores. Para el estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS y se utilizó el estadístico de confiabilidad Alfa de Cronbach para ver los niveles de confianza de cada uno de los factores, el Test Anderson-Darling para averiguar si hay una aproximación a la distribución normal del puntaje obtenido a partir de los 138 ítems, y la correlación de Spearman para establecer la asociación entre los diferentes componentes. Asimismo, la prueba Chi cuadrado para el análisis de las variables demográficas fue también de utilidad. La confiabilidad general lograda en el procedimiento de datos del estudio fue de 0,94; por lo tanto es altamente estable y confiable. Finalmente, en el análisis con las variables demográficas indica que existe asociación entre satisfacción con el trabajo y sexo, y tipo de contrato; vida familiar con edad, tipo de contrato, y trabajar en otra institución; despersonalización con nivel de estudios alcanzados; realización profesional con tiempo de trabajo; compromiso afectivo con antigüedad en la institución y con ingreso neto mensual; estrés con ingreso neto mensual; y satisfacción salarial con ingreso neto mensual.

Además, Gamarra et al. (2010) presentaron un estudio de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, con el título “Estilo de vida, autoestima y apoyo

social en estudiantes de enfermería”. Con el propósito de determinar el nivel de estilo de vida y su relación con nivel de autoestima y apoyo social en una muestra de 136 estudiantes de enfermería de la universidad Cesar Vallejo de Trujillo matriculados en el semestre académico 2008 II. Para el estudio se utilizó el cuestionario de 48 ítems para estilo de vida para medir apoyo social y la escala de Rosenberg de autoestima. Seguidamente para la obtención de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 14 y la prueba de Chi cuadrado, el nivel de significancia establecido fue de $p > 0.05$. Finalmente en los resultados se obtuvo que existe relación significativa entre estilo de vida y autoestima, pero no se encontró relación significativa entre el estilo de vida y el apoyo social. Por ello, los resultados señalan que el 54,4% calificó en un nivel medio y de un 21.32% para el nivel bajo.

También Saldo, Atoche, Quispe, Ruiz y Medina (2011) realizaron una investigación descriptiva correlacional, con el título “Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de hospitales. Ancash-Perú”. Teniendo como objetivo principal el de analizar y relacionar los factores sociodemográficos, intra y extraorganizacionales, con el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) de médicos, enfermeros (as) y obstetras de cinco hospitales de la zona sierra de Ancash. Para tal estudio se utilizó una muestra de 127 profesionales nombrados, 54 médicos, 57 enfermeros y 16 obstetras, de ambos sexos, entre 25 a 69 años de edad. Se aplicó el cuestionario síndrome de quemado por el trabajo en profesionales de la salud, Dire Ancash - 2011, validado por criterio de jueces y estudio piloto, y el Inventario *Burnout de Maslach - MBI*. En los resultados se encontró que la mayoría (78.0%) de los profesionales presentan fase inicial del SQT, con bajo estrés; 2.4% se encuentran en la fase intermedia y el 19.6% en la fase final con alto estrés laboral crónico y desgaste

profesional. Luego concluyeron que no existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos, intra y extraorganizativos, con el SQT en todas sus fases; pero sí hay relación significativa entre el factor intraorganizativo grupal (apoyo socioemocional, conflictos interpersonales con compañeros de trabajo, conflictos gremiales) y la fase final de SQT de los grupos ocupacionales citados.

Marcos (2012) expone una investigación de naturaleza cuantitativa, de tipo correlacional y de corte transversal porque la información y los datos se obtendrán en un solo momento titulado: “Estilos de vida y síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería de Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Marzo, 2012”. El objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería del servicio de Medicina y pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Marzo 2012, los cuales tiene influencia en la persona en su desempeño y realización a nivel individual, familiar, laboral y social. La población estuvo conformada por 135 profesionales de enfermería de los servicios de Medicina y Pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud. Asimismo, para realizar la selección de la muestra se aplicó el muestro tipo probabilístico y diseño aleatorio estratificado. Además, se usó la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Seguidamente, para medir el síndrome de *burnout*, se utilizó el test de Maslach que se encuentra validado internacionalmente y el de estilo de vida es un test que fue sometido a validación. Luego el análisis de los resultados se obtuvo teniendo en cuenta la frecuencia obtenida, aplicando la estadística descriptiva y analítica utilizando el coeficiente de correlación R- Spearman. Finalmente se demostró que existe relación entre las variables ($r = -0,439$) Estilo de vida y Síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería de los servicios de Medicina y Pediatría del hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen seguidamente también se obtiene que 77%

presentan estilos de vida no saludables, según su dimensiones denota; en actividad física 58%, nutrición 58%, recreación 67%, higiene personal 70%, descanso 62% y hábitos nocivos 52%. Presentan en su mayoría nivel alto de síndrome de *burnout* en un 49% y según dimensiones: nivel bajo de agotamiento 38%, nivel alto de despersonalización 49% y nivel bajo en realización personal 93%.

Además, Mamani (2012) realizó un estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo no experimental, titulado los “Estilos de vida saludable que practica el profesional de enfermería del hospital Daniel A. Carrión.”. “Con el objetivo de determinar los estilos de vida que practica el profesional de Enfermería del Hospital Daniel Alcides C. Para este estudio se utilizó la entrevista, el cuestionario sobre estilo de vida saludable que consta de 5 dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal y control de su salud. Asimismo, se utilizó el uso del software estadístico denominado SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). La población estuvo conformada por 70 enfermeras (os), a quienes se les aplicó el cuestionario de estilos de vida. Finalmente los resultados evidenciaron que el 58, 57% de los profesionales de enfermería no presentan estilos de vida saludable, mientras que el menor porcentaje presenta estilos de vida saludable, en las dimensiones alimentación, apoyo interpersonal y control de su salud con mayor porcentaje predomina el estilo de vida saludable, mientras que en la dimensión de actividad y ejercicio y manejo del estrés, predomina el estilo de vida no saludable.

Finalmente Olivares y Duran (2014) presentaron una investigación comparativa en la ciudad de Chiclayo con el título “Dimensiones del síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital Minsa y Essalud de Chiclayo, 2013” con el objetivo de determinar si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de *burnout* entre profesionales de enfermería de áreas

críticas de un hospital Minsa y Essalud. Se realizó un trabajo descriptivo comparativo con 141 profesionales, utilizándose el Inventario de *burnout* de Maslach, cuyos ítems son válidos al nivel de confianza del 99%. Se obtuvo como resultado que entre ambos hospitales, existen diferencias en dos de las dimensiones del síndrome de *burnout*, siendo estas, cansancio emocional y despersonalización. Respecto a los niveles de las dimensiones del síndrome, el nivel alto de cansancio emocional es mayor en Essalud (20%) que en Minsa (9%), despersonalización en nivel alto, es mayor en Essalud (20%) que en el Minsa (9%), y el nivel bajo de realización personal, es mayor en Essalud (9%) que en el Minsa (5%).

2. Marco bíblico filosófico

Según White (1949) el aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimentario conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios. Todos debieran conocer los agentes que la naturaleza provee como remedios naturales, y saber aplicarlos. Es de suma importancia darse cuenta exacta de los principios implicados en el tratamiento de los enfermos, y recibir una instrucción práctica que le habilite a uno para hacer uso correcto de estos conocimientos.

White (1949) menciona que los cereales, las frutas carnosas, los frutos oleaginosos, las legumbres y las hortalizas constituyen el alimento escogido para nosotros por el Creador. Preparados del modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos. Comunican una fuerza, una resistencia y un vigor intelectual que no pueden obtenerse de un régimen alimenticio más complejo y estimulante. Hay una estrecha relación entre el cerebro y el estómago, y cuando éste se enferma se sustrae fuerza nerviosa del cerebro para auxiliar a los órganos digestivos debilitados.

No es el trabajo, sino el exceso de trabajo, sin períodos de descanso, lo que quebranta a la gente, y pone en peligro las fuerzas vitales. Los que trabajan en exceso pronto llegan a la situación de trabajar en forma desesperada (White, 1949).

Las diferentes actividades que se realizan en el día a día, el exceso de trabajo sin periodos de descanso y lo que vendrá en el futuro traen consigo suficiente presión que afecta la salud de las personas, es así que el estrés llega a ser un peligro constante para la salud.

Sin embargo, además de las diferentes estrategias que existen, hay una fuente de alivio para quien desee que sus cargas sean disminuidas, las palabras de Jesús en la Biblia, “Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar”, representa uno de los principios básicos para manejar los fuertes estresores que afectan la salud humana.

Finalmente, uno de los ejemplos más claros de la providencia divina en momentos en que las preocupaciones y aflicciones parecen hacer desfallecer a un ser humano es la vida de Elías en el momento en el que sintió que no podía manejar las situaciones adversas, momento en el que Dios fue en su auxilio y actuó como lo expresa en sus promesas. Una de las grandes estrategias que utilizó el mismo Jesús para sobrellevar las cargas que la oración, cuando expresa la importancia de apartarnos en un lugar tranquilo y buscar a Dios. Además, de ello también el relacionarnos con los amigos, así es como él encontraba paz al reunirse con Marta, María y Lázaro.

2.1 La filosofía de la Iglesia Adventista respecto a la Salud

La filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo día reconoce al ser humano como un ser bio-psico-socio-espiritual, bajo este concepto la salud es considerada como una responsabilidad individual, que se evidencia en la práctica de hábitos saludables, entendiéndose así, que la enfermedad está relacionada con hábitos en el comer, dormir, realizar ejercicio y, en general, en la forma cómo conducen sus vidas las personas, por lo cual corresponde al individuo asumir su compromiso de cuidarla (Pinzón, 2013).

Una de las creencias de la Iglesia Adventista respecto a la conducta cristiana es el cuidado del cuerpo como templo del espíritu santo, la biblia menciona que no solo la iglesia, sino también el individuo es un templo para la morada del Espíritu Santo, el cual está en vosotros: “¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? (1 Corintios 6:19).

Es así que los cristianos practican hábitos de buena salud con el fin de proteger el centro de comando del templo de su cuerpo, la mente, el lugar donde mora el Espíritu de Cristo. Es esta la razón por la que los adventistas del séptimo día desde hace aproximadamente los últimos cien años, ha recalcado la importancia que tienen los hábitos correctos de salud dando resultados positivos, los cuales se evidencian en las investigaciones que muestran que los adventistas corren menor riesgo que la población general de contraer casi cualquiera de las enfermedades importantes de hoy.

Como cristianos se preocupan tanto del aspecto espiritual como del físico, el cual es revelado en el ejemplo de Jesús, sanaba “toda enfermedad y dolencia en el pueblo” (Mateo 4:23).

Las leyes de Dios, que incluyen las leyes de la salud, no son arbitrarias, sino que han sido dispuestas por el Creador para permitir gozar al máximo de la vida, “yo he venido para que tengan vida, y la tengan en abundancia” (Juan 10:10).

El resultado de la buena salud depende de la práctica de unos pocos principios sencillos pero efectivos, que Dios ha revelado. Muchos de ellos son evidentes y agradables para todos, sin embargo otros, tales como el régimen alimentario adecuado, son más difíciles de aceptar, por cuanto implican orientaciones y hábitos que son más difíciles de aceptar.

Según White (1989), los hombres y las mujeres deberían de familiarizarse con la filosofía de la salud. La vida es un regalo de Dios. Se nos han dado nuestros cuerpos para que los empleemos en el servicio del Señor, y él desea que lo apreciemos y cuidemos. Todos poseemos facultades físicas y mentales. Nuestros impulsos y pasiones tienen su asiento en el cuerpo, y por lo tanto no debemos hacer nada que contamine esta posesión que nos ha confiado. Por lo tanto debemos mantener nuestros cuerpos en la mejor condición física posible, y bajo una constante influencia espiritual para que podamos utilizar nuestros talentos de la mejor manera, “nuestro cuerpo es para el Señor, y el Señor para el cuerpo” (1 Corintios 6:13). El uso inadecuado del cuerpo corta el periodo de vida que Dios ha asignado para que lo utilicemos en su servicio. Cuando nos permitimos hábitos de salud equivocados, al acostarnos muy tarde, satisfacer demandas de apetitos a expensas de la salud, se está colocando los fundamentos de la debilidad. Se desequilibra el sistema nervioso cuando descuidamos

el ejercicio físico o recargamos la mente de exceso de trabajo. Los que acortan sus vidas de este modo y no hacen caso a las leyes de la salud actúan como si estuvieran robándole a Dios. No tenemos el derecho de descuidar el cuerpo, la mente, o las fuerzas, ni abusar de estos dones que deberían utilizarse para ofrecer a Dios un servicio consagrado.

Esta cosmovisión que mantiene la Iglesia Adventista respecto al estilo de vida, además de ser continuamente legitimada por la evidencia científica, teniendo como base la observancia de los ocho remedios naturales (consumo de agua, sueño apropiado, dieta vegetariana, actividad física, toma de sol moderada, aire puro, temperancia y desarrollo de una vida espiritual), es parte de la reforma pro salud como parte del mensaje del tercer ángel para el pueblo de Dios, el cual es protector y reforzador para continuar avanzando hacia la proclamación del retorno de Jesús y adquisición de la vida eterna (White, 1989).

3. Marco conceptual

3.1. Estilo de vida.

3.1.1. Orígenes del concepto de estilo de vida.

El origen del estudio de los estilos de vida comienza en Inglaterra con Sigismond H. Storer quien definió las principales tareas de la medicina no relacionadas con aspectos biológicos que intervienen en la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (Pérez y De Juanas, 2013).

Durante las últimas décadas, se ha prestado atención particular a los cambios que ha tenido la definición para el término Estilo de Vida. Este término ha ganado un uso extenso en diferentes disciplinas; sin embargo, la mayoría de los diccionarios lo han venido incluyendo a partir de 1970, destacándose dos definiciones: la primera que lo describe como un método psicológico de lograr un sentimiento de adecuación y estatus usado durante el crecimiento, según la concepción Adler y la segunda que lo señala como la manera en la que un individuo vive. Es decir, la forma de vestirse, hábitos, amistades, valores, etcétera. Este segundo significado que ha sido de mayor uso en el discurso sociomédico, en referencia a los patrones conductuales individuales que afectan el estado de salud (Coreil, 2003).

Cabe recalcar que el reconocimiento de la importancia del comportamiento individual en salud se remonta a Hipócrates, pero es a principios del siglo XX que se le da mayor énfasis. La consideración de diferencias en las formas de vida probablemente se originó alrededor de 1867. Fue Marx en 1952 quien en sus escritos consideró el estilo de vida como económicamente determinado. Según él, las formas

de vida se desarrollan dentro de una comunidad y dependen de la división de trabajo en una sociedad y de la correspondiente sujeción de los individuos a una profesión concreta. Más tarde se ampliaría el concepto, centrándose en influencias puramente económicas, considerando que el estilo de vida estaba motivado por el estatus.

El concepto de vida hasta ese entonces se enmarcaba dentro de la posición salarial y las motivaciones individuales para validar el status. Por el año 1946 Weber ampliaría este concepto incluyendo la educación como parte del honor social. Autores como Adler y Wilken utilizaron el concepto de estilo de vida para referirse a la personalidad y sus variantes. Según Coreil (2003), fue Coleman quien en el año 1964 definió el estilo de vida como las pautas generales de suposiciones, motivos, estilos cognitivos y técnicas de afrontamiento que el comportamiento de un individuo dado y le dan consistencia.

Por otra parte, el uso de los términos sociológicos se centra en aspectos normativos del carácter de grupo tales como valor, ideología, orientadas al ocio y consumo. Es claro que durante los últimos años el concepto de estilo de vida se orientó hacia un concepto mecanicista determinista (Coreil, 2003).

Como lo menciona Gamarra et al. (2010) el concepto de estilos de vida ha dado lugar a una abundante literatura en el campo de las Ciencias Sociales que, desde hace ya tiempo, demuestra que los investigadores han tratado por todos los medios de superar la perspectiva exclusivamente teórica y especulativa que caracterizaba las diferentes aportaciones en torno a dicho concepto. Por lo tanto podemos afirmar que el estilo de vida es un constructo multidimensional que se desarrolla a lo largo de la vida y la autoestima es considerada como un factor de efecto positivo y significativo sobre el estilo de vida.

La conceptualización de estilo de vida se ha ido ampliando, su uso actual está dirigido por las disciplinas sociomédica. Es sorprendente cómo se ha ido diferenciando del desarrollo de la personalidad, desde entonces su búsqueda se ha triplicado.

Por lo tanto el concepto de estilo de vida no solo ha ido evolucionando muy rápidamente hasta lograr gran importancia en la investigación sobre la salud, sino que se ha dirigido hacia un sentido ampliamente opuesto a sus orígenes teóricos. Se espera que la importancia que tiene hoy en día se oriente hacia la resolución de problemas de salud (Coreil, 2003).

3.1.2. Conceptos de Estilo de Vida.

Un acercamiento a la noción de lo que significa el estilo de vida implica diferencias antagónicas que suponen comportamientos individuales y de grupo, en tanto que a la vez que se sostienen en el tiempo también es sujeto a cambio.

Según Pérez y De Juanas (2013) el estilo de vida se entiende como aquellos comportamientos o conductas de una persona, que para Hernández, Armayones, Boixadós, Pousada, Guillamón y Gómez (2009) lo considera como patrones de comportamientos compartidos por un grupo social. Estos comportamientos y patrones están comprendidos por hábitos, actitudes, tradiciones de acuerdo a Sanabria et al. (2007), agrega Hernández et al. (2009), estos pueden ser modas o valores dominantes en cada momento.

Asimismo Pedersen (1999) y Gamarra et al. (2010) concuerdan que el estilo de vida es la forma de vida de las personas o de los grupos, es como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera

consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud.

Por otro lado, los estudios advierten otra diferencia antagónica, pues según Hernández et al. (2009) estos patrones tienden a persistir en el tiempo, pero pueden ser modificados a lo largo de la vida. En este sentido, Sanabria (2009), también refiere que el estilo de vida se conforma a lo largo de la vida del individuo mediante un proceso de aprendizaje, sin embargo, pueden ser cambiados por asimilación o imitación.

3.1.3. Estilos de vida y factores de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) cada año los factores de riesgo son definidos como las condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Respecto a esta definición, estas condiciones pueden derivar de la práctica de estilos de vida poco saludables, tales como hábitos de alimentación incorrecta, poca actividad física, consumo de tabaco y alcohol, así confirma Gamarra et al. (2010) que la salud está estrechamente relacionada estilo de vida.

Couceiro et al. (2007) mencionan que estas prácticas estarían relacionadas a la gran cantidad de horas de trabajo asociadas muchas veces al uso de equipos tecnificados, que requieren de muy baja o nula actividad física, y que acompañado del sedentarismo y mal manejo de estrés, pueden colocar al ser humano en una condición que amenace su vida.

3.1.4. Estilos de vida saludable.

Duncan (1996) lo define como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Para Oblitas (2006) las conductas saludables son aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud.

Un patrón de comportamientos relativamente estables por parte de los individuos o grupos que tienen una relación estrecha con la salud y que presentan las siguientes características: son de naturaleza conductual y observable, deben mantenerse durante un cierto tiempo y diferentes conductas se pueden dar conjuntamente en el tiempo (Hernández et al, 2009).

3.1.5. Determinantes de los estilos de vida saludables.

Considerando que los estilos de vida se establecen, cambian o pueden extinguirse en el repertorio de la persona, estos se pueden dar por condicionamiento, principalmente por condicionamiento instrumental, por otro lado estos comportamientos vienen determinados por modelos (aprendizaje vicario). Esta es una forma de aprendizaje elemental en el ser humano. Asimismo, los factores cognitivos tienen un papel importante en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección de la salud. Cada persona valora su estado de salud y la toma de decisiones respecto a conductas que pueden afectar su salud, sea fumar cigarrillos, alimentarse bien, etc, sobre la base de sus creencias sobre las enfermedades. Tales creencias son

determinantes muy importantes en su conducta de salud, como también dependen de factores socioculturales, señalando que el medio social produce una red de influencia y apoyo en retrasar o debilitar una conducta saludable (Rodríguez, 2001).

Las conductas que conforman y determinan el estilo de vida estarían determinadas por las condiciones en las que vive un individuo, el contexto en el que se dan, factores personales, ambientales, institucionales el estado de ánimo, nivel socioeconómico, género (Sanabria et al, 2009), agrega (Becoña, Vázquez y Oblitas 2004), que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales.

Asimismo, Hernández et al. (2009) señala que las variables identificadas de forma más claras y relacionadas con un estilo de vida saludable son: consumo de sustancias tóxicas (drogas, alcohol, tabaco), hábitos alimenticios, actividad física, hábitos de descanso, accidentes y conductas de riesgo, higiene personal, actividades de ocio y tiempo libre, conducta sexual, hábitos de prevención y ergonomía, control de estrés, adhesión terapéutica, revisiones médicas, consumo de medicamentos, otros (hábitos de estudio, hábitos religiosos, autocuidados, etc).

3.1.6. Estilo de vida, burnout en profesionales de la salud.

El síndrome de *burnout* es uno de los problemas más comunes al que están propensos los profesionales de la salud, ya que estos están constantemente sometidos a situaciones que generan estrés laboral afectando así su rendimiento en el trabajo (Marcos, 2012). “Los profesionales de enfermería en general están sometidos a diversos estresores laborales como: el horario de trabajo, la motivación que les brindan en las instituciones, los riesgos a los cuáles están sometidos, responsabilidad

del cuidado, el estilo de vida que tiene; los cuales al no ser afrontados pueden conllevar al síndrome de *burnout*” (Marcos, 2012, p.2).

Esto convertiría al personal de salud en un grupo especial de riesgo; porque en ella concurren factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales de síndrome. Asimismo, se explica anteriormente que los estilos de vida son factores asociados que pueden favorecer o producir un efecto contrario frente al *burnout*; además teniendo en cuenta que los hábitos y costumbres que realiza un individuo están orientados a lograr su desarrollo (Marcos, 2012).

No obstante circunstancias propias del trabajo desarrollado, muchas horas unidas al sufrimiento del paciente; ser el intermediario entre el paciente, médico y la familia; estar expuesto a críticas y exigencias de ambos lados; la devaluada imagen de la profesión; el poco reconocimiento de la profesión y las dificultades organizativas; son el marco adecuado para que pueda instaurarse el estrés laboral en todas sus manifestaciones psicofísica y/o síndrome de burnout (Reyes, 2008).

3.1.7. Importancia de un estilo de vida saludable

Camacho et al (2010) afirma que el estado de salud de un individuo está relacionado a tres factores importantes, el primero de ellos se enfoca en tres rubros; la disponibilidad de agua potable, el manejo de excretas y la existencia de campañas de vacunación.

El segundo factor lo constituyen las características biológicas con la que cuenta un individuo, la información genética se transmite desde el momento de la concepción y determina el color de ojos, piel, cabello, pero también se transmite la susceptibilidad a alguna enfermedad o se hereda alguna otra.

El tercer factor se refiere al conjunto de conductas que realiza un individuo a lo largo de su vida y que puede ser pertinente o no para su salud.

Este tercer factor como lo confirma (Pedersen, 1999), es la principal causa de mortalidad. En efecto es el primer factor con mayor peso para las cinco primeras causas de muerte. Según el modelo, las anomalías congénitas, la diabetes, la influenza y la neumonía tiene un mayor peso del componente biológico; mientras que los accidentes de tránsito, el homicidio, el suicidio y las cardiopatías guardan mayor relación con los estilos de vida. Es por ello la necesaria formulación de políticas de intervención.

3.1.8. Promoción de estilos de vida saludables.

Hoy es claro que la gente se enferma fundamentalmente por lo que hace. La conducta se ha ido convirtiendo poco a poco en el elemento explicativo de la salud y de la enfermedad. Paulatinamente se ha cambiado de las enfermedades infecciosas a las enfermedades de la civilización, a las enfermedades causadas por los comportamientos inadecuados. Es claro que el conocimiento es importante, pero que más se puede hacer al respecto, la promoción de estilos de vida saludables explica ello ó podemos, como seres que vivimos en una sociedad que se preocupa más por vivir más años y mejor, reducir los riesgos de ser parte del alto índice de muertes cada año (Becoña et al. 2004). Asimismo la promoción de la salud se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable, ello implica conocer aquellos comportamientos que también pueden socavar la salud del individuo. Oblitas (2006) añade que en la actualidad existe un número importante de comportamientos relacionados con la salud,

expresados a través de la investigación epidemiológica. A continuación se explicaran algunos de ellos:

Practicar ejercicio físico.

Marcos (2012) menciona que es una actividad que tiene como consecuencia la inversión de energía poniendo en movimiento el nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que la realiza.

Asimismo, practicar una actividad física de modo regular ayuda a prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. Por ello ayuda a atenuar la enfermedad de quien ya lo padece.

La actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud se relacionan con la prevención de enfermedades cardiovasculares como también ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, como lo confirma (Méndez, 2001, p. 81), “la actividad física beneficia al estado de salud debido a las diversas adaptaciones cardiovasculares, la descenso de marcadores como triglicéridos, colesterol , la disminución de la tensión arterial sistólica, el decremento de niveles de glucosa, etc”.

Además, genera beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona que la práctica regularmente, reduciendo los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física pueden proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Investigaciones muestran que la realización de ejercicio ayuda a gozar de buena salud contribuyendo a la estabilidad emocional, reduciendo la ansiedad, depresión y la tensión, mejoran sus actitudes, relación laboral y autoconcepto (Becoña et al, 2004).

Oblitas (2008) afirma que aquellos individuos que participan de programas para estar en forma, informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laboral. Asimismo, seguir una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto de la persona al obtener un peso más adecuado, presentando un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en deportes y actividades físicas.

Manejo de estrés

Según Gómez y Escobar (2002) el estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

Para Martínez (2014) el manejo del estrés implica la identificación de recursos cognitivos y físicos para reducir la tensión. Naranjo (2009) refiere que el estrés puede ser controlado, una de las mejores formas de hacerlo es mediante la relajación, diversos estudios demuestran que la relajación y la respiración adecuada proporcionan una sensación placentera de gran tranquilidad mental y distensión muscular completa. Otra forma de afrontar el estrés es aprender a preocuparse constructivamente. Existen dos tipos de preocupación la destructiva y la constructiva. La primera es aquella que no está provista de estrategias de solución, es repetitiva, recurrente y obsesiva, se centra en el suceso pasado. En cuanto a la preocupación constructiva, es racional e incluye planes y métodos para afrontar los agentes productores de estrés y fundamentalmente se centra en soluciones que en el problema en sí.

Siendo que todos estamos constantemente expuestos a eventos que pueden suscitar estrés, cabe a cada individuo personalmente escoger la forma en cómo prevenir y afrontar las situaciones que generan estrés.

De hecho, el estrés moderado es la clave para la supervivencia. No obstante, es necesario manejar el estrés prolongado y excesivo (Wayne y Robert, 2005).

Por ello las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud ya que su efecto es psicológico, fisiológico que altera la salud y además influye sobre la salud de modo indirecto a través de mantenimiento de conductas no saludables. Asimismo, en una persona que se encuentra bajo situaciones de estrés es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables (Oblitas, 2008).

Nutrición

Según Marcos (2010), la nutrición es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento de la vida en general. Manejar una dieta que implica el consumo de los nutrientes que requieren diariamente nuestro cuerpo, añade (Martínez, 2014) implica la selección consistente de alimentos provistos en la pirámide nutricional.

Sin embargo, los hábitos alimentarios de las personas que moran en las sociedades desarrolladas, han pasado a los extremos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, al extremo del exceso en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable por lo que la mayor parte de enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimentaria (ej., la diabetes, caries dental) (Oblitas, 2008).

Apoyo Interpersonal

El ser humano es un ser enteramente social, y como tal requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno. Tanto hombres como mujeres se benefician al participar de actividades sociales de todas las edades. Aquellos que interactúan con otros tienden a ser más saludables a diferencia de los que se mantiene aislado. La interacción con los amigos y familia provee apoyo práctico y emocional a la persona (Mamani, 2012).

Por ello el apoyo social puede ser un factor modulador del estrés importante para aquellas personas que están sometidas bajo situaciones estresantes, pues practican más ejercicio y consumen menos tabaco o alcohol cuando cuentan con un nivel elevado de apoyo social, a diferencia con aquellas personas que cuentan con poco o con ningún apoyo social (Oblitas, 2008).

Responsabilidad en salud

Actuar con responsabilidad en la salud implica el mantener conductas que permitan el bienestar, prestar atención a la propia salud, educarse en salud y buscar asistencia profesional médica de manera responsable e informada (Martínez, 2014).

Asimismo Oblitas (2008) menciona que uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar respecto a actuar con responsabilidad en la salud, es no someterse las prescripciones médicas, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar inclusive de prevenir problemas. Se ha encontrado que las tasas de incidencia de aplicación a las recomendaciones del médico no suelen superar el 50%, con una oscilación entre El 30% al 60%, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por la falta de acuerdos en cumplirlos

Autorrealización

Como menciona Aguilar (2010), según la teoría de Erickson, el ser humano es por naturaleza un ser social. El medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que sucede los distintos ciclos de vida el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia. En este contexto se establecen lazos con las generaciones que los antecede (padres) y los que le continúan (hijos). Desde esta perspectiva el ser humano crece y va desarrollándose en sociedad.

Asimismo, las necesidades de déficit, necesidad fisiológicas, de seguridad, sociales y de estima, se encuentran presentes en el ser humano a la vez las necesidades de crecimiento, auto actualización o autorrealización. Esta tendencia de autorrealización promueve en el hombre dirigirse a su objetivo de la conservación y desarrollo personal y a la independencia con respecto a controles externos (Vargas, 2005).

3.2. Síndrome de *burnout*.

3.2.1. *Antecedentes históricos.*

La primera referencia al término síndrome de *burnout* más o menos se lo conoce por una novela de Graham Greene titulada con esta misma denominación “*A case of burnout*”, es allí donde se describe a un arquitecto que en la cumbre de su éxito profesional abandona todo por estar quemado (Nakamura, Míguez y Arce 2014). Sin embargo, Freudenberger en el año de 1974 denominó el síndrome del quemado según la expresión original del inglés (*Burnout* síndrome): SBO al observar en un hospital de

Nueva York que muchos de sus compañeros al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de la energía hasta llegar al agotamiento (González, 2008).

Sin embargo, fue Christina Maslach quien primero empleó públicamente este concepto para referirse a una situación que cada vez se veía más frecuente en las personas que la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y constante con la gente y después de un tiempo determinado de dedicación terminaban desgastados profesionalmente (Sosa, 2007).

Finalmente el estudio del *burnout* se ha convertido en toda una moda en Psicología hasta el punto que en una búsqueda realizada en julio de 2013 en la base de datos PsycInfo por artículos publicados en revistas con sistema de revisión en doble ciego que tuvieran en el título síndrome de *burnout* arrojó un total de 5.309 registros (Nakamura et al. 2014).

3.2.2. Definición del *burnout*.

Una aproximación a lo que significa síndrome de *burnout*, es una respuesta al estrés que afecta a la persona que la padece, que involucra un conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad; configurándose de esta forma en un síndrome tridimensional, consecuente de haber experimentado un estrés prolongado derivado de factores predisponentes que se suscitan en el entorno laboral produciendo sensación de fracaso y expresándose a través de fatiga crónica, ineficacia y una experiencia agotadora.

Por ello, Marcos (2012) describe que el síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés en la persona que lo padece. Además, la Real Academia de la lengua española (2014) denomina al “síndrome de *burnout* o “síndrome de desgaste profesional”

como un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad que para Maslach y Jackson (1985) sería un síndrome tridimensional compuesto por: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Seguidamente, Consuegra (2010) explica que es una reacción al estrés a largo plazo, más que una sensación inmediata, derivado del trabajo. Por su parte Freudenberg en el año de 1974 describió que este síndrome es derivado de la dedicación de una causa, estilo de vida o relación que no aporta el refuerzo esperado por el individuo. (Nakamura et al.2014) a esto agrega Marcos (2012) al explicar que este síndrome surge ante la activación de factores estresantes emocionales e interpersonales. Por ello Nakamura et al. (2014) afirmaron que Freudenberg explicaba que todo esto conlleva a “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora”. En este sentido Marcos (2012) menciona que este síndrome se manifiesta a través de fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

3.2.3. Dimensiones del síndrome de burnout.

Maslach y Jackson (1985) lo definen como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y por una reducida realización personal de igual forma Sosa (2007) explica que el síndrome de *burnout* se compone de tres dimensiones:

- Cansancio emocional: Maslach y Jackson (1981) afirmaron que esta dimensión se determina por el surgimiento de sentimientos de debilidad y agotamiento frente a las exigencias del trabajo, existe además dificultad en las personas para hallar alguna fuente de respaldo. Por ello Cruz y Merino (2008), manifiesta que nivel cognitivo se presentan pensamiento pesimistas, falta de concentración en los quehaceres laborales e ideas erróneas sobre las

propias posibilidades. Y al manifestarse física y/o psíquicamente, surge la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás (Sosa, 2007). Finalmente Seisdedos (1997) menciona que al manifestarse esta dimensión, la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional pierde su capacidad de entrega a los demás. Maslach (2009) refuerza este criterio al explicar que aquellos trabajadores que han desarrollado esta dimensión, carecen de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema.

- Despersonalización: Maslach (2009, 2010) explica que los elementos de esta dimensión describen una respuesta negativa, insensible o excesivamente apática frente a diversos aspectos del trabajo. Se suele desarrollar en respuesta al cansancio emocional, si la gente está trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas cosas, comenzarán a apartarse, a reducir lo que están haciendo, derivando en la pérdida de idealismo por ello el trabajador reducirá su calidad y nivel de desempeño, ya que pasará de tratar de hacer su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo agregándose a esto un trato deshumanizado, así lo afirma Sosa (2007) al mencionar que se desarrolla sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.

Finalmente en cuanto a la dimensión:

- Realización personal: según Maslach y Jackson (1981) esta escala contiene elementos que describen “sentimientos de competencia y éxito en el trabajo”. Por ello al desarrollar este síndrome esta dimensión se ve afectada ya que hay pérdida de ideales por la fuerte desmotivación al ver

que su desarrollo personal no es exitoso. En este sentido Sosa (2007) menciona que esta dimensión se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima. A esto Maslach y Jackson agregan que hay respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo evitándose las relaciones personales y profesionales por ello Cruz y Merino (2008) respalda la postura de Maslach y Jackson al afirmar que hay una constante evitación de las relaciones interpersonales en el entorno de trabajo trayendo como consecuencia ausentismo, evasión del trabajo, impuntualidad y la existencia de riesgo de conducta adictiva.

3.2.4. Perspectivas y teorías explicativas del síndrome de burnout.

Según Tonon (2004) “estas teorías parten de la psicología clínica, la psicología social y la psicología de las organizaciones. Este autor considera que las propuestas más difundidas y aceptadas en el campo de la investigación, son dos, la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial” (p.11).

Perspectiva clínica

Buzzetti (2005) explica que esta perspectiva se adoptó desde las primeras investigaciones sobre este concepto, y fue propuesta por Freudenberguer. Desde esta postura este síndrome es considerado como un período de cansancio físico, emocional y mental, producto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de personalidad y reforzado por el estrés en el trabajo. A pesar de ello, en la actualidad se ha encontrado mayor evidencia que da soporte a teorías de carácter psicosocial.

Perspectiva psicosocial

Esta perspectiva considera al síndrome como un proceso que se desarrolla por interacción de características del entorno laboral y personales. Asimismo, señalan que el síndrome se presenta como resultado de la presencia del estrés laboral durante prolongados períodos de tiempo (Chacón y Grau, 1998). Además este autor añade que el síndrome tiene su manifestación a nivel cognitivo, afectivo y actitudinal, evidenciando repercusiones en el ámbito personal, así como en las relaciones interpersonales.

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1999) reconocen cuatro modelos principales para explicar el síndrome de *burnout*:

Teoría psicodinámica.

Pines (2002) explica que las personas sienten una gran necesidad de creer que su vida y su trabajo son significativos, no obstante, cuando el trabajo no logra satisfacer esa necesidad, frustra el logro de metas, volviendo a las personas vulnerables a presentar el síndrome de *burnout*.

Teoría sociocognitiva.

Se caracteriza por explicar el desarrollo del síndrome a través de variables relacionadas con la autoeficiencia, autoconfianza y autoconcepto. Esta teoría considera, que las creencias que tenga la persona de sus propias capacidades, determinará el empeño que pondrán para conseguir sus objetivos, como también sus reacciones emocionales. Cuando las creencias que la persona tiene sobre sí misma son negativas, probablemente tenga mayor predisposición a desarrollar el síndrome de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Teoría del intercambio social.

Esta teoría sostiene que el síndrome de *burnout* tiene su causa en las dificultades en los procesos de afiliación, en la constante comparación social con los compañeros de trabajo y en los procesos de intercambio social propios del apoyo brindado a personas (Schaufeli & Schreurs, 1999).

Teoría organizacional.

Esta teoría se basa en que la etiología del síndrome tiene origen las variables tales como roles, la estructura, la salud organizacional y clima organizacional. Pues según Gil-Monte y Peiró (1999) esta teoría pone énfasis a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento empleadas.

Buzzetti (2005), siguiendo esta teoría, certifica que el síndrome de *burnout* se presenta en todos los niveles organizacionales, y que se origina de las relaciones entre las personas y las condiciones externas.

Para Maslach, Leiter y Schaufeli (2001) es de gran significancia delimitar el síndrome de *burnout* bajo una perspectiva organizacional, ya que los factores organizacionales son más fáciles de intervenir y controlar para evitar el síndrome, a diferencia de los factores de personalidad o demográficos (sexo, edad, estado civil). Dentro de la teoría organizacional, Gil-Monte y Peiró (1999) destacan los siguientes modelos:

Modelo de Edelwich y Brodsky.

Este modelo propuesto en 1980 plantea que el síndrome de *burnout* tiene cuatro fases: la primera se caracteriza por el entusiasmo del trabajador, quien posee expectativas irreales o desconoce realmente las funciones que debe realizar en su

puesto de trabajo. La segunda etapa supone un estancamiento profesional, producido en su mayoría por las condiciones laborales no favorables. La tercera fase que es de frustración, que viene acompañada por problemas emocionales, fisiológicos y conductuales. A la etapa final, se denominan apatía y es considerada un mecanismo de defensa frente a la frustración. Según estos autores, este proceso es de carácter cíclico, por lo que se puede repetir en distintos momentos de la vida del trabajador (Gil-Monte, 2006).

Modelo de Price y Murphy.

Este modelo postulado en 1984 explica el proceso del síndrome en seis fases: la primera es confusión por parte del profesional respecto a sus responsabilidades, lo cual genera inestabilidad emocional propia de la segunda fase, ella se ve reforzada por la falta de apoyo por parte del medio, de este modo se da inicio a la tercera fase caracterizada por sentimientos de culpa debido al fracaso profesional. La cuarta fase es una etapa de soledad y tristeza, desencadenante de la quinta fase, caracterizada por la solicitud de ayuda por parte del profesional a su medio, de recibirla se llegaría a la sexta fase que es la de equilibrio, sin embargo, de no ser así, el profesional quedaría estancado en esta quinta fase (Gil-Monte, 2006).

Modelo tridimensional.

El modelo tridimensional de Maslach y Jackson (1985), reconoce al síndrome de *burnout* como una experiencia individual y crónica de estrés, concibiéndolo como un síndrome psicológico configurado por tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y una reducida realización personal.

Este modelo menciona que el síndrome de *burnout* es un proceso en el que cada dimensión guarda un vínculo directo entre ellas. Por ello se propone que existe

relación entre baja realización personal y cansancio emocional es un vínculo directo ya que cualquier tipo de creencia que la persona desarrolle sobre sí mismo afectará a sus procesos afectivos. De igual forma entre baja realización personal y despersonalización debido que si hay percepción de bajo rendimiento y fracaso esto produce frustración. Por último en relación al cansancio emocional y despersonalización se sustenta que el primero es una respuesta a la tensión mientras que la despersonalización es una estrategia para manejar dicha tensión. (Gil-Monte, 2006).

3.2.5. Principales personas afectados por el síndrome de burnout.

El síndrome de *burnout* en la actualidad afecta al bienestar general de las personas que la padecen, ocasionado por su entorno laboral en profesionales que prestan ayuda que están en constante contacto con personas que se enfrenta a situaciones aversivas; sin embargo, este síndrome no se limita sólo a estos trabajadores. Maslach y Jackson (1986) menciona que “este síndrome es padecido frecuentemente por las personas que están en íntimo contacto con otros seres humanos. De igual manera Sánchez, Delgado y Alcalde (2005) afirma que el síndrome de *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado a consecuencia del ejercicio de algunas profesiones de ayuda, como es la Medicina, donde los sujetos trabajan a diario con personas. En las cuales lo habitual es el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedades y sufrimiento psíquico. Además, los estudios publicados en otras especialidades manifiestan un aumento progresivo de este fenómeno, especialmente en médicos de atención primaria y en determinadas especialidades como Oncología o Enfermedades Infecciosas.

No obstante aunque existan diversas investigaciones que respalden que el personal de salud es afectado por el síndrome de *burnout* no se puede certificar que solo ellos serán los afectados. Pues según Ruiz y López (2004) mencionan que el síndrome de *burnout* es una respuesta que se da en los profesionales de servicio pero no se limita a ellos. Asimismo, se ha constatado que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo (Mondol, 2007).

3.2.6. Variables implicadas en el desarrollo del *burnout*.

Dentro de las diferentes variables implicadas para el desarrollo del síndrome de *burnout* nombraremos las más estudiadas:

- Variables personales

Según Sosa (2007) las variables personales que influyen el desarrollo del síndrome de *burnout* son el sexo, la edad, el estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con respecto a la edad, se señala que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de síndrome de *burnout* es menor. Por lo que se refiere al estado civil, el grupo de casados puede ser propenso a padecer síndrome de *burnout*; también los separados y divorciados, en relación a la baja realización personal, no obstante, Gomero et al. (2005) mencionan que la edad cronológica, el estado civil, el trabajo en turnos y el horario laboral ni la antigüedad profesional han demostrado relación causal con el mencionado síndrome.

- Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas son: el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad

de rol y la falta de reciprocidad. Cuanto más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo (Sosa ,2007), de igual forma, Marcos (2012) afirma que cuando existe la falta de motivación, los estilos de vida no saludables, y la poca identificación con la institución donde labora son factores predisponentes al síndrome de *burnout*.

Otros aspectos que han sido relacionados con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto. Se ha encontrado que este síndrome ataca principalmente cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y cuando el salario es inadecuado (Marcos, 2012).

3.2.7. Consecuencias.

Actualmente se observa este síndrome en estudiantes de medicina y médicos practicantes. La prevalencia a nivel mundial. Se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales y de 22 hasta 60% en especialistas. Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%. La prevalencia en México es de 44%, asimismo, el estímulo de estrés continuo es parte fundamental para desarrollar el síndrome, denotando respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamientos hacia demandas internas y externas ,por ello, se alteran los sistemas los sistemas inmunológicos, digestivo, neuromuscular y cardiovascular por una respuesta al sistema neuroendocrino (Méndez y Cerezo, 2011).

Además, “La presencia o manifestación del síndrome de *burnout*, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, los absentismos e

incapacidades, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, la baja calidad de vida y las pérdidas económicas significativas para la empresa u organización” (Maslach, Schaufeli y Leiter , 2001, p.4).

3.2.8. Prevención.

Desde que se comenzó a investigar el síndrome de *burnout* o síndrome de estar quemado, se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, también como la de mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito (Ortega & López, 2004). Por su parte Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del síndrome de *burnout*.

Veamos las diferentes estrategias propuestas según Ortega y López (2004):

Estrategias orientadas a nivel individual: se propone que se deben fomentar para la reducción del síndrome de *burnout*, se debe tener en cuenta que las consecuencias que conlleva esta situación se han dividido clásicamente en tres tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales que para Salcedo (2008) el nivel individual debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés.

Estrategias orientadas a nivel organizacional

Para Salcedo (2008) el nivel organizacional requiere entrenar a los trabajadores en acciones de progreso y cambio organizacional una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos, asimismo Ortega y López (2004) propone lo siguiente:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidad en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

Además para Salcedo (2008) el nivel interpersonal considera a los equipos de trabajo y la interacción social. Por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo, asimismo la prevención generalmente va encaminada a:

Prevención primaria: la forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar su causa. Para ello puede ser necesario rediseñar los puestos de trabajo, optimizar los sistemas de comunicación e interrelación del equipo de trabajo, aumentando la información, modificando las políticas de personal, y delegando funciones creando de esta manera un clima de trabajo adecuado y de apoyo.

Prevención secundaria: las iniciativas se centran en la formación, en la educación continua y en la adquisición de habilidades para reconocer los síntomas del estrés. Se pueden realizar técnicas de relajación, cursos de aprendizaje en administración del tiempo y en calidad de vida, y reforzamiento de la seguridad en uno mismo. Se deben de realizar revisiones médicas periódicas, dieta sana, ejercicio físico adecuado; es decir, programas que promuevan la promoción de la salud.

Prevención terciaria: “consiste en la detección precoz de los problemas relacionados con la salud mental y el tratamiento adecuado por especialistas” (p.29).

Finalmente Consuegra (2010) explica que “las medidas que parecen haber ayudado a trabajadores con síndrome de *burnout* incluyen la disminución de horas de trabajo y aumento del tiempo de descanso. Otras estrategias de reducción del estrés como el ejercicio, la música, la relajación y la meditación, también pueden ser de gran ayuda” (p.37).

4. Población de estudio

4.1. Profesionales de la salud

Sosa (2007) explica que los trabajadores de la salud no son una excepción a padecer el síndrome de *burnout* sino todo lo contrario, ya que se exponen permanentemente a una gran cantidad de riesgos biológicos, riesgos físicos y riesgos químicos. En este sentido Álvarez y Fernández (1991) declara que los profesionales de salud se enfrentan a constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias como:

- Exceso de estimulación aversiva es decir se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto diario con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso o sobre implicación o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para los cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el cual han sido preparados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que se deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto y ambigüedad en el rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualización en las instituciones sanitarias.

Por otro lado estudios como los de Campos, Campos, Gómez y Lázaro (2003) explican que el personal de salud aunque tienen un vasto conocimiento en promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades, parece que no los interiorizan en su diario vivir porque sacrifican su salud en bienestar de los demás. Las autoras afirman que existe una estrecha relación entre la dinámica del personal de salud y su labor intrahospitalaria con sus estilos de vida relación que repercute en la salud.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo, se inscribe como una investigación dentro del enfoque cuantitativo y de diseño no experimental, porque pretende observar fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, para después analizarlos sin intentar manipular alguna variable con el propósito de observar los efectos sobre otras variables. Asimismo, es de corte transversal y alcance descriptivo - correlacional, ya que se mide y describe las variables para luego explorar las relaciones existentes entre el estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada de Lima (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Hipótesis de la investigación

2.1. Hipótesis principal / general.

Existe relación significativa entre el estilo de vida y síndrome de *burnout* en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

2.2. Hipótesis derivadas / específicas.

Existe relación significativa entre estilo de vida y agotamiento emocional en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Existe relación significativa entre estilo de vida y despersonalización en el personal de salud de una clínica privada de Lima.

Existe relación significativa entre estilo de vida y realización personal en el personal de la salud de una clínica privada de Lima.

3. Variables de la investigación

3.1. Identificación de variables.

Estilo de Vida.

Según Pender (citado por Aguilar, 2010) el estilo de vida se refiere al conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan estrecha relación con la salud en un sentido amplio, con todo aquello que provee bienestar y desarrollo de la persona humana.

Dimensiones

- Ejercicio: se define como aquella actividad planificada, estructurada y repetitiva, que tiene como objetivo, intermedio o final, la mejora o mantenimiento de la forma física.
- Nutrición: hábitos caracterizados por una dieta equilibrada que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales para cubrir las necesidades metabólicas del organismo y minimice el riesgo de desarrollar enfermedades.

- Responsabilidad de la salud: la realización de conductas orientadas a prevenir los factores de riesgos que pueden implicar un daño a la salud.
- Manejo del estrés.: implica la identificación y movilización de recursos físicos y psicológicos para alcanzar un control efectivo y reducir la tensión.
- Soporte interpersonal: esta dimensión se refiere a las redes sociales como factores protectores, debido a que cada persona se ve influenciada por su pertenencia a un grupo, desde el cual se adquieren ciertas prácticas y costumbres inherentes al mismo, en donde se satisfacen necesidades básicas.
- Autorrealización: tendencia innata y/o aprendida a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto, alcanzando la superación y a la autorrealización.

Síndrome de *burnout*.

Síndrome caracterizado por la pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización (Maslach y Jackson, 1986).

Dimensiones:

- Agotamiento emocional: se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización: es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio

trabajo. Se acompaña de un incremento de irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo.

- Realización personal: respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.

3.2. Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables de estudio.

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Niveles de Medición
	Ejercicio	4,13,22,30 y 38		
	Nutrición	1,5,14,19,26,35	Puntajes obtenidos del Cuestionario de Estilo de Vida de Nola Pender (1996).	Bajo: 0 a 117 Medio 118 a 142 Alto: 143 a más
Estilo de vida	Responsabilidad en salud	2,7,15,20,28,32,33,41,43 y 4		
	Manejo de estrés	6,11,27,36,40 y 45		
	Soporte interpersonal	10,24,25,31,39,42 y 47		
	Autorrealización	3,8,9,12,16,17,18,21,23, 29,34,37,44 y 48		

Síndrome de <i>burnout</i>	Agotamiento E.	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Puntajes obtenidos del Cuestionario de Burnout Maslach. (1986).	Bajo: Inferior a 18. Medio: 19-26 Alto: Superior a 27
	Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22		Bajo: inferior a 5. Medio: 6-9. Alto: Superior a 10
	Realización P.	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21		Bajo: inferior a 33 Medio: 34-39 Alto: superior a 40

4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se realizó de marzo 2014 a al mes de febrero desde el 2015 en una Clínica privada de Lima. La Clínica se encuentra ubicada en Miraflores en el Malecón Balta, es una institución médica promovida por la Iglesia Adventista del Séptimo día y es parte de una red de 300 clínicas en todo el mundo. Se atienden emergencias las 24 horas del día.

5. Participantes

El estudio contó con la participación de 70 trabajadores entre las edades de 18 a 65 años que incluyen a médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, obstetras, nutricionistas y técnicos en farmacia de la clínica Good Hope. Como se mencionó, la clínica es una institución médica promovida por la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La mayoría de los participantes manifestaron pertenecer a la iglesia Adventista del Séptimo día.

La filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo día reconoce al ser humano como un ser bio-psico-socio-espiritual, bajo este concepto la salud es considerada como una responsabilidad individual, que se evidencia en la práctica de hábitos saludables, entendiéndose así, que la enfermedad está relacionada con hábitos en el comer, dormir, realizar ejercicio y, en general, en la forma cómo conducen sus vidas las personas, por lo cual corresponde al individuo asumir su compromiso de cuidarla. Respecto al estilo de vida adventista, este ha sido continuamente legitimado por la evidencia científica, teniendo como base la observancia de los ocho remedios naturales (consumo de agua, sueño apropiado, dieta vegetariana, actividad física, toma

de sol moderada, aire puro, temperancia y desarrollo de una vida espiritual la cual incide de manera significativa en una mayor longevidad entre adventistas y la reducción de padecer las enfermedades crónicas no transmisibles (Pinzón, 2013).

5.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años a más y de ambos sexos.
- Trabajadores de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, técnicos en enfermería e internos).
- Que estén de acuerdo en participar en el estudio.
- Trabajadores de la institución a tiempo completo.

Criterios de exclusión:

- Que tengan menos de 6 meses de trabajo en la institución.
- Que sea menor de 16 años.

5.2 Características de la muestra.

A continuación se presenta la tabla 2.

Tabla 2

Variables sociodemográficas del personal de la salud de una clínica privada de Lima, 2014.

Datos Sociodemográficos	N	%
Sexo		
Masculino	12	17%
Femenino	58	83%
Edad		

18-25	22	31,4%
26-35	33	47,1%
36- a más	8	11,3%
Estado civil		
Soltero	47	67%
Casado	22	31%
Conviviente	1	1%
Profesión		
Médico	7	10%
Enfermero	22	31%
Nutricionista	9	13%
Técnico en enfermería	23	33%
Técnico en farmacia	7	10%
Interno en enfermería	1	1%
Interno en medicina	1	1%
Tiempo de trabajo		
6 Meses a 1 año	31	44%
2 – 5 años	29	41%
6 -10 años	3	4%
11- más	4	6%
Religión		
Adventista	52	74%
No adventista	17	24%
Región o País de procedencia		
Costa	40	57%
Sierra	19	27%
Selva	8	11%
Otro	2	3%

En la tabla 2 se aprecia que la mayoría de los trabajadores del sector salud evaluados son mujeres (83%). Asimismo, casi la mitad de los evaluados se encuentran entre las edades de 26 a 35 años (47,1%). Con respecto al estado civil la mayoría son

solteros (67%). Por otro lado el 44% se encuentran laborando hace un año y finalmente el 57% son de la región costa.

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

6.1 Instrumentos.

6.1.1 Escala de Estilo de vida.

El cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996). Mide de forma cuantitativa el nivel de estilo de vida del individuo y está integrado por 48 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta con cuatro criterios; (nunca = 1; a veces = 2; frecuentemente = 3 y siempre = 4). Los 48 reactivos se subdividen en seis escalas: nutrición con las preguntas: 1, 5, 14, 19, 26 y 35; ejercicio: el 4, 13, 22, 30 y 38; responsabilidad en salud: el 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 41, 43 y 46; manejo del estrés: con el 6, 11, 27, 36, 40 y 45; soporte interpersonal: con el 10, 24, 25, 31, 39, 42 y 47; autorrealización con el 3, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 21, 23, 29, 34, 37, 44 y 48. Asimismo, en el presente estudio se ha encontrado confiabilidad de 0.89 mediante el método de división por mitades y aplicando el correctivo de Spearman Brow (Bezzolo, 2012). En el estudio se comprobó las propiedades psicométricas de la escala, con respecto a la fiabilidad global se obtuvo un coeficiente alpha de cronbach adecuado (,916). Asimismo, las dimensiones también presentan coeficientes adecuados que oscilan entre ,537 y ,849. Con respecto a la validez fue validado por cinco expertos en el tema y la validez de constructo se comprobó a través de la correlación r de Pearson, donde las dimensiones están correlacionadas significativamente (Ver anexo 1).

6.1.2 Cuestionario de síndrome de burnout.

El Maslach *Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson fue creado en 1981, este instrumento fue adaptado al español por Seisdedos en 1997, siendo avalado por el departamento de innovación y desarrollo de TEA ediciones de Madrid, España.

Esta encuesta tiene la finalidad de evaluar las tres dimensiones del síndrome de *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, consta de 22 preguntas formuladas de manera afirmativa, su forma de aplicación puede ser individual, colectiva o autoaplicable. Por otro lado, tiene una duración de aplicación aproximada de 10 a 15 minutos. Asimismo, el test considera el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y no como variable dicotómica. En cuanto a la validez Vela en el 2001 validó el Inventario Burnout de Maslach en 160 personas que conforman el personal de salud de dos hospitales de Essalud en Trujillo, Perú, obteniendo la validez del instrumento a través de la Correlación ítem-test, mediante un riguroso análisis y utilizando la fórmula Producto de Momento de Pearson, estableció que todos los ítems son válidos al nivel de confianza del 99%. Asimismo, Vela encontró también la confiabilidad del Inventario Burnout de Maslach, mediante el coeficiente alfa de cronbach, identificando un coeficiente de 0,72 para cansancio emocional, 0,74 para despersonalización y 0,72 para realización personal.

En el estudio se comprobó las propiedades psicométricas de la escala, con respecto a la fiabilidad global se obtuvo un coeficiente alpha de cronbach adecuado (,83). Asimismo, las dimensiones también presentan coeficientes adecuados que oscilan entre ,63 y ,71. Con respecto a la validez fue validado por cinco expertos en el tema y

la validez de constructo se comprobó a través de la correlación R de Pearson, donde las dimensiones están correlacionadas significativamente (Ver anexo 2).

6.2 Proceso de recolección de datos.

Previamente a la aplicación de los cuestionarios de estilo de vida y síndrome de *burnout*, estos fueron evaluados por el comité de docencia e investigación de la clínica Good Hope. Se aplicaron los instrumentos bajo consentimiento informado, la aplicación fue dirigida por el área de investigación durante dos días consecutivos.

7. Procedimiento de análisis de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 20. Asimismo, se utilizó la prueba estadística kolmogorov smirnov, la prueba de chi cuadrado y finalmente el estadístico r de Pearson.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados descriptivos

1.1 Niveles de estilo de vida.

A continuación se mostrará los niveles de estilo de vida en la tabla 3.

Tabla 3

Niveles de estilo de vida en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014.

Niveles	Estilo de vida	
	N	%
Bajo	18	26 %
Moderado	35	50 %
Alto	17	17%

La tabla 3 permite observar que el 50% del personal de salud presentan un estilo de vida moderado, caracterizándose por presentar una cantidad promedio de conductas promotoras de salud, pertinentes para mantener la salud estable. El 26% denota un estilo de vida bajo que se caracteriza por presentar una cantidad baja de conductas

promotoras de salud. Finalmente el 17% un estilo de vida alto; es decir, una cantidad elevada de conductas promotoras de salud.

2.2. Niveles del síndrome de *burnout*.

Tabla 4

Niveles de síndrome de burnout en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014.

	Bajo		Moderado		Alto		No tiene	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Síndrome de <i>burnout</i>	2	29	7	10	3	4%	40	57%
	0	%		%				
Agotamiento E.	4	61	2	29	7			
	3	%	0	%		10%		
Despersonalización.	4	61	1	21	1			
	3	%	5	%	2	17%		
Realización Personal.	4	61	0	0%	2	39		
	3	%			7	%		

La tabla 4 permite apreciar que el 29% del personal de salud denota síndrome de *burnout* bajo. Asimismo, un 10% se encuentran en un nivel moderado de síndrome de *burnout* y el 4 % de los profesionales de la salud presentan síndrome de *burnout* alto, no obstante, el 57% no presenta síndrome de *burnout*. En relación a las dimensiones se observa que el 61% se encuentra en un nivel bajo y el 10% tiene un alto nivel en la dimensión agotamiento emocional. También, un 61% presenta un nivel bajo en despersonalización y el 17 % denota un nivel alto en esta misma dimensión. Finalmente en cuanto a realización personal un 61% representa un nivel bajo y un 39 % se encuentra en un nivel alto en esta dimensión.

3. Prueba de normalidad

Con el propósito de contrastar las hipótesis planteadas, se ha procedido a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En este sentido la tabla presentan los resultados de bondad de ajuste de Kolmogorov –Smirnov (K-S).

Seguidamente se presentará la prueba de bondad de las variables de estudio en la tabla 5.

Tabla 5

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio.

Instrumentos	Variab	Media	D.E	K-S	P
Estilo de Vida	Puntaje total	130,49	17,570	5,28	,948
Síndrome de <i>burnout</i>	Agotamiento E.	15,59	8,501	1,066	,205
	Despersonalización	4,87	4,960	1,364	,048
	Realización personal	37,24	7,792	,866	,441

En la tabla 5 los datos correspondientes a las 8 variables en su mayoría presentan una distribución normal dado que el coeficiente (K-S) es significativo ($p > 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

4. Análisis inferencial

Tabla 6

Coefficiente de correlación entre estilo de vida y burnout de una clínica privada de Lima, 2014.

	Valor	Gl	P
Chi – cuadrado de Pearson	2,859 ^a	6	,826
N casos válidos	70		

En la tabla 6 se observa el valor de la prueba chi cuadrada calculada para una tabla 2x2 que hace referencia a la asociación entre estilo de vida (ausencia – presencia) y síndrome de *burnout* (con buronut – sin sobrecarga). La tabla muestra que no existe asociación entre estilo de vida y síndrome de *burnout* no es significativa ($X_2 = 2,859$ gl = 6, $p > .01$).

Tabla 7

Estilo de vida y dimensiones del síndrome de burnout en el personal de salud de una clínica privada de Lima, 2014.

	Estilo de Vida	
	r	P
Agotamiento emocional	,-104	,392
Despersonalización	,115	,342
Realización Personal	,232	,053

En la tabla 7, se aprecia que no existe relación significativa entre estilo de vida y agotamiento emocional ($r=-,104$, $p> 0,05$). De manera similar ocurre con la dimensión de despersonalización ($r=115$, $p > 0.05$), sin embargo, se aprecia que existe relación significativa entre el grado de realización personal y estilo de vida ($r=, 232$, $p\leq 0,05$).

5. Discusión

La proporción de trabajadores evaluados que sufren síndrome de *burnout* (43%) coincide con la tendencia observada en otras investigaciones (Mera y More, 2014 & Braga, et al, 2007).

En relación al género existen estudios que afirman que hay mayor incidencia de la presencia de síndrome de *burnout* en el sexo femenino específicamente en los médicos y enfermeras (González y López 2009); al respecto Rubio (2008) afirma que las mujeres llevan años soportando mayor carga de trabajo que el hombre, lo que en ocasiones desencadena el desarrollo del desgaste profesional y que todo esto conlleva a que se desencadene un deterioro en la salud mental confirmándose en este estudio, ya que, el 83% de los trabajadores evaluados corresponde al sexo femenino.

También existen investigaciones en que afirman que la edad guarda relación con la presencia del síndrome de *burnout*, confirmando lo reportado por Atance (1997), Álvarez y cols. (2005) y Martínez y López (2005), quienes han encontrado que los profesionales de mayor edad presentan menos síndrome de *burnout* en comparación con los profesionales jóvenes; debido a que los profesionales de mayor edad han superado las expectativas idealistas con las que todo profesional joven comienza su vida laboral, además de que la experiencia profesional les ha proporcionado elementos que les han permitido permanecer en su trabajo de modo que esto se verifica en este estudio, ya que, cerca de la mitad del personal de salud evaluados son 47.1% y se encuentran entre las edades de 26 a 35 años.

En relación al estado civil, los investigadores hallaron resultados variados, predominando la vulnerabilidad en soltero(a) s o aquellos que no tienen pareja estable

Gomero et al. (2005) esto se corrobora en este estudio ya que más de la mitad de los trabajadores (67 %) son solteros.

Por otro lado Gomero et al. (2005) señalan que existen dos grupos de médicos vulnerables al síndrome de *burnout*, aquellos que están iniciando su labor profesional debido a que la expectativa de la reciente actividad profesional puede diferir marcadamente de la concebida en las aulas, lo cual puede predisponer a los profesionales a desarrollar el síndrome de *burnout* y los que tienen mucho tiempo en ella. Dentro del grupo profesional de médicos encontramos una prevalencia de 3,85% esto explicaría la presencia del síndrome de *burnout* en este estudio ya que el 44% del personal de salud viene laborando de 6 meses a 1 año en la clínica privada de Lima.

Respecto al estilo de vida, la mayoría del personal de salud evaluado mantiene un estilo de vida saludable, siendo la religión un factor importante en la practica de conductas promotoras de salud, se afirma que mantener creencias religiosas es un reforzador permanente que ejerce influencia en el desarrollo de un estilo de vida saludable (Carreño, Del Valle, Cladellas & Ivanovic, 2011). Este factor tambien podría ser un factor interviniente en el desarrolllo de estilos de vida saludables, siendo que la mayoría de los participantes señalaron ser adventistas.

En el estudio se encontró que no existe asociación significativa entre el estilo de vida y síndrome de *burnout* ($\chi^2 = 2,859$; $p > 0,01$) en el personal de salud de una clínica privada, este resultado no coincide con diferentes estudios que señalan que si existe correlación inversa entre estilo de vida y síndrome de *burnout* (Marcos, 2012 & Simões Moura, 2014), esto hace pensar que existen otras variables que están causando el síndrome de *burnout*, entre ellos la sobrecarga laboral, la rotación de turno, la familia y el rol (Vergel, Orozco y Ospina, 2013). En relación a ello Gomero et al.

(2005) afirman que la insatisfacción laboral es un predictor para el desarrollo del síndrome de *burnout*, este factor explicaría la presencia de síndrome de *burnout*, ya que, más de la mitad de los trabajadores (61%) presentan baja realización personal. De manera similar González y Pérez (2012) mencionan que existe una correlación negativa entre satisfacción laboral, motivación y síndrome de *burnout*, a ello Barrios, Arechabala y Valenzuela (2012) añaden que el exceso de trabajo, laborar más de 9 horas consecutivas y atender por lo menos a cinco pacientes simultáneamente modulaba la respuesta ante el estrés, ocasionando agotamiento emocional, despersonalización y baja satisfacción.

En el estudio también se evidencia que no existe relación significativa entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización con el estilo de vida, datos que difieren de las investigaciones (Marcos, 2012 & Simões Moura, 2014), que señalan que hay una relación inversa entre estas dimensiones y el estilo de vida. Cabe mencionar que la despersonalización es la consecuencia directa del agotamiento emocional. Es decir, la conducta distante, fría y desinteresada hacia los pacientes sería resultado del agotamiento emocional, de la sensación de no poder contar con los recursos y así poder manejar la situación (Roth y Pinto, 2010).

Arias, Masias y Justo (2014) mencionan que tanto la despersonalización y el agotamiento emocional estarían relacionados con rasgos de personalidad, de modo que las características personales juegan un rol importante en la manifestación del síndrome. Este factor también fue observado por Roth y Pinto (2010), quienes manifiestan que la personalidad, específicamente el neuroticismo estaría relacionado positivamente con el agotamiento emocional y la despersonalización y se asocia negativamente con la satisfacción laboral.

Por su parte Preciado (2007) coincide al señalar que además del estilo de vida, la forma como se percibe el trabajo y las características del trabajo sería un factor que desencadena el agotamiento emocional, por ende la despersonalización.

Respecto a estilo de vida y la dimensión realización personal, se demuestra que si existe relación, es decir, las personas que manifiestan tener un mejor estilo de vida también sienten tener mayores logros personales y autoeficacia en el trabajo, como lo señala Amaya y Carrillo (2006). De igual manera un estilo de vida saludable juega un papel importante para desempeño laboral y realización personal, conformándose así un adecuado bienestar psicológico (García y Gonzáles, 2000).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- Respecto al análisis de correlación, el análisis evidencia que no existe correlación entre la variable estilo de vida y síndrome de *burnout*.
- De la misma forma, no existe relación entre estilo de vida y las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización.
- Existen relación entre estilo de vida y la dimensión realización personal.

2. Recomendaciones

- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten proponer que se estudie la variable síndrome de *burnout* con otras variables como satisfacción laboral, motivación, clima organizacional, rol y sobrecarga laboral.
- Ampliar la muestra para futuros estudios.
- Asimismo se propone a la clínica Good Hope realizar estrategias prevención del síndrome de *burnout*.
- Realizar el estudio en otra institución.
- Realizar un estudio comparativo entre instituciones denominacionales y no denominacionales.

Referencias

- Aguilar, M. (2010). *Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación Villa Héroes del Cenepa. Tacna, 2010.* (Tesis de licenciatura), Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Tacna. Perú. Recuperado de <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/18917.pdf>
- Álvarez, A.M., Arce, M.L., Barrios, A.E. y Sánchez de C., A.R. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la 6* (141), 27-30.
- Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. *Revista Española de Neuropsiquiatría, 11*, 257-265.
- Arias, W., Justo, O., y Masias, A. (2014). Felicidad, síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en una empresa privada. *Avances en psicología, 2* (22), 75-87. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014/AVANCES.W.Arias.pdf>.
- Atance M., J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública, 7*(3), 293-303.
- Becoña, E., Vázquez, F., y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida
- Bórquez, S. (2004). *Burnout* o estrés circular en profesores. *Pharos, 11* (1), 23-34, Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/208/208111103.pdf>

- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile*. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/html/.
- Camacho, L., Echevarría, S., y Reynoso, L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de Trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (1), 92-94. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221727010>.
http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/10.5460.jbhsi.v2.i1.12/pdf_557.
- Campos, G., Campos, A., Gómez, C., y Lázaro, K. (2003). Factores Personales, Organizacionales, Sociales y del Ambiente Laboral que Intervienen en la Salud del Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia. Un enfoque de investigación – acción. Seminario de Graduación, Práctica Dirigida, Propuesta por estudiantes para optar por el grado de Licenciatura General en Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.
- Campos, L. (2009). Los estilos de Vida y los valores internacionales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista IIPSI*, 12(2), 91. Doi: 1609-7475
- Campos, L., Córdoba, A., Illera, D., y Silva, J. (2008). Prevalencia de síndrome de *Burnout* y sus principales factores de riesgo en Fisioterapeutas del Municipio de Popayán, 2007. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 10 (1), 15 - 22.

Carillo, H., y Amaya, M. (2006). Estilo de vida saludables de las enfermeras (os) docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. (Tesis para optar por el grado de licenciatura en enfermería). Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, facultad de ciencias de la salud. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0128.pdf>

Carreño, J., Del Valle, C., Cladellas, R., e Ivannovic, D. (2011). La comunicación para la salud y sus aportes desde el modelo de Pender: comunicación y cultura religiosa. *Revista de comunicación de la SEECI*, 26(11), 22-1. Recuperado de <http://www.seeci.net/revista/hemeroteca/Numeros/NUMERO26/Varios2.pdf>.

Chacón, M., y Grau, J. (1998). *Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Una amenaza a los equipos de salud. II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud*, 17 (3). Recuperado de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/BURNOUTyTrabajoenSalud.doc> con otras categorías sociales. *Revista Cubana de medicina general integral*. 16 (6), 586-591. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.pdf.

Consuegra., N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/119387059/DICCIONARIO-DE-PSICOLOGIA#scribd>.

Contreras, T., Juárez, F., y Murrain, F. (2008). Influencia del *Burnout*, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento

utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Redalyc*, 4 (11), 31-33. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80111671003>

Coreil, J. (2009). *Estilo de vida: un concepto emergente en las ciencias sociomédicas*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/bupeusp/Doc?id=10040460&ppg=2>

Couceiro, M., Passamani, M., Contreras, N., Villagrán, E., Zimmer, M., Valdiviezo, M., Soruco, A., y Alemán, A. (2007). Estilos de vida de profesores del Instituto de enseñanza media de la Universidad Nacional de Salta. República Argentina. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1 (8), 3. Recuperado de: <http://www.respyn.uanl.mx/viii/1/articulos/esvida.htm>.

Cruz, M. y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14 (2), 75-85. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art10.pdf>

de afrontamiento en una empresa privada. *Avances en psicología*, 22 (1), 75-86. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014/AVANCES.W.Arias.pdf>.

De Oliveira, V., y Monteiro, M. (2004). O Estilo de Vida dos Docentes de Enfermagem de um Centro Universitário. *Redalyc*, 1 (4), 15-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84226084003>.

Del Río, O., Perezagua, M., y Vidal, B. (2003). El síndrome de *burnout* en los enfermeros/a del Hospital Virgen de la salud de Toledo. *Revista científica e Informativa de la Asociación española de enfermería en Cardiología*. (29), 24-

29. In: 1575 -4146. Recuperado de:
ialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331304.

Diccionario de la lengua española. (2014). España. Recuperado de:
<http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>

Domínguez, J., Herrera, F., Villaverde, M., Padilla, I., Martínez, M y Domínguez.
(2011). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud
en el área sanitaria de Ceuta, 2012. *ELSEVIER*, 44 (1), p30-35.
Doi:10.1016/j.aprim.2011.01.004.

Fernández, M. (2002). Desgaste psíquico (*burnout*) en profesores de educación
primaria de Lima metropolitana. *Scielo*, 5 (1), 28-29. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n1/v8n1a06.pdf>

Gamarra, M., Rivera, H., Alcalde, M., y Cabellos, D. (2010). Estilo de vida,
autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *Scientia*, 2 (2), 34-36.
Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a08v2n2.pdf>

García, C., y Gonzáles, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación

Gil-Monte, P. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una
enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para
el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15
(2), 261-268.

Gómez, D. (2013). Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque
biomédico. *Apuntes Universitarios* 3 (1). Recuperado de:

<http://dspace.universia.net/bitstream/2024/1429/1/Apuntes+Universitarios+2013+Interior.pdf>

Gomero, R., Palomino, J., Ruiz, F., y Llap. (2005). El Síndrome De *burnout* en Personal Sanitario de Los hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *RevMedHered*, 16 (4), pp.233-238.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000400002

González, J. y López, S. (2009). Decadencia Económica en hospitales de salud pública y Síndrome de Burnout. *Revista Alternativas en Psicología*, 21, 71-

81. Recuperado de:

http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_searchyItemid=5ysearchword=gonzalez+jaimesysubmit=buscarysearchphrase=an yyordering=newest

González, E., y Pérez, E. (2012). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en psicología* 16 (27), 8-21. Recuperado

de

<http://alternativas.me/attachments/article/4/1.%20Condiciones%20laborales%20y%20desgaste%20profesional%20en%20trabajadores%20de%20la%20salud~.pdf>

González, J. y López, S. (2009). Decadencia Económica en hospitales de salud pública y Síndrome de Burnout. *Revista Alternativas en Psicología*, 21, 71-81

Obtenido en Noviembre 3, 2010 de:

<http://www.amapsi.org/portal/index.php?opti>

on=com_searchyItemid=5ysearchword=GONZ

ALEZ+JAIMESysubmit=Buscarysearchphrase=an yyordering=newest

González, M. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Madrid:

editorial médico panamericana. Recuperado de:

http://books.google.com.pe/books?id=cAwW8nUg_0YC&pg=PA1&dq=historia+burnout&hl=es-419&sa=X&ei=klZGVM-

[5DojPggSr5IG4Bw&ved=0CBoQ6AEwAA#v=onepage&q=historia%20burnout&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=cAwW8nUg_0YC&pg=PA1&dq=historia+burnout&hl=es-419&sa=X&ei=klZGVM-5DojPggSr5IG4Bw&ved=0CBoQ6AEwAA#v=onepage&q=historia%20burnout&f=false).

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2009).

Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español.

Revista Española de Salud Pública 83(2). Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135572>

[72009000200006yscript=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272009000200006yscript=sci_arttext).

Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de *burnout* y técnicas de

afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología*, 19 (1), 146-148. Doi: 0212-9728

Guerrero, E., y Rubio, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del *Burnout*

en el ámbito educativo. *Redalyc*, 28 (5), 4-6. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252804.pdf>

Guerrero, J. (2004). *Caracterización de los estilos de vida de los escolares de las*

escuelas básicas nacionales de la parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, Estado Lara. (Tesis de

maestría), Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto.

Venezuela. Recuperado de

<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS450G842004>.

pppp

Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N., y Gómez,

B. (2009). Definición de estilos de vida saludable. *Salud y Red*. Barcelona:

Editorial UOC. Recuperado de:

[http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici](http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable&f=false)

[%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-](http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable&f=false)

[419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=o](http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable&f=false)

[nepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable](http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable&f=false)

[&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=iALqRJToteIC&pg=PA55&dq=definici%C3%B3n+de+estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&ei=hUhGVJiLLZLKggTYkIKoAw&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20estilos%20de%20vida%20saludable&f=false)

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación.

Recuperado de:

[http://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=S](http://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=S1208icAAAAJ&citation_for_view=S1208icAAAAJ%3AY0pCki6q_DkC)

[1208icAAAAJ&citation_for_view=S1208icAAAAJ%3AY0pCki6q_DkC](http://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=S1208icAAAAJ&citation_for_view=S1208icAAAAJ%3AY0pCki6q_DkC)

Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8 (2), 62-100.

Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>

Loli, A., Arias, F., Alarcón, J., y Loli, R. (2008) Agotamiento Laboral En

Profesionales De Salud De Lima Metropolitana. *Revista IIPSI Facultad de*

Psicología., 11(2), PP.93-119. IN:1560 - 909X.

Macedo de la Concha, L., Nava, R., y Valdés, B. (Enero – abril, 2004).

Autoevaluación de los profesionales de la salud en el trabajo sobre su estilo de

vida: estudio piloto (tercera parte). *Revista Latinoamericana de la salud en el*

trabajo, 4 (1), p.9-12. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/trabajo/lm-2004/lm041d.pdf> .

Mamani, S. (2012). Estilos de vida saludable que practica en profesional de enfermería del hospital Daniel A. Carrión. Tesis de Licenciatura en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna). Recuperado de:
http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/296/180_2013_Mamani_Maquera_SB_FACS_Enfermeria_2013_resumen.pdf?sequence=1.

Marcos, C. (2012). Estilos de vida y Síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería de Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Marzo, 2012. Recuperado de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/284>.

Martín, M., Campos, A., Jiménez, J., y Martínez, J. (2007). Calidad de vida y estrés laboral: la incidencia del *Burnout* en el deporte de alto rendimiento madrileño. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 3 (6), 62-77.

Martínez L., C. y López S., G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Revista Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>.

Maslach, C. (2010). The Client Role in Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 34 (4), 111–124. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josi.1978.34.issue-4/issuetoc>.

Maslach, C. Leiter, M y Schaufeli, W. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Recuperado de
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- Maslach, C. y Jackson, S. (1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*, 12(7), 837-851.
- Maslach, C., Schaufeli, W y Leiter, M. (2001). Job *burnout*. Annual Review of Psychology, 52, 397-422. Recuperado de: http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200012&lng=es&nrm=iso
- Maslach, Ch y Jackson, S. (1981) the measurement of experienced *burnout*. journal of occupational behavior 2 (99).
- Maslach, Ch y Jackson, S. (1986). Maslach *burnout* inventory (2ªed.) Palo alto, ca. consulting psychologist press.
- Méndez, A. (2011). Síndrome de *Burnout* en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. Asociación médica, 56 (2), p.79-84.
- Mingote, J., Moreno, B y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. Medicina Clínica, 123 (7), 265-270. Recuperado de: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud/2004B-MEDICO-Y-SALUDMedicinaClinica.pdf>.
- Mingote, J., y Pérez, S. (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid- España.
- Mondol López, M. (2008). Análisis de la prevalencia del Síndrome de Burnout en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del profesional y en la atención bucodental del Servicio de Odontología en la Clínica Carlos Durán durante el

período Agosto – Noviembre del 2007. Tesis de Maestría, Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, Costa Rica.

Moreno, B., González, J., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (*burnout*), personalidad y salud percibida. *Anales de psicología*, 1-5. Recuperado de <http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-y-salud-percibida.pdf>

Moreno, B., González, L., y Garrosa E. (1999), *Burnout* docente, sentido de la coherencia y salud percibida, *Psicopatología y psicología clínica* 4 (3), 163-180, Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/burnout-docente-sentido-de-la-coherencia-y-salud-percibida.pdf>

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Ediciones Thomson.

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. *Revista Psicológica*, 16 (1). Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.

Olivares y Duran (2014). *Dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital Minsa y Essalud de Chiclayo 2013*. (Tesis para optar el grado de licenciatura en psicología). Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, facultad de medicina de la escuela de psicología. Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/283>.

- Ortega, C., y López, F. (2003). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (4), p. 137-160. In: 1576-7329. Recuperado de: frlopez@ual.es.
- Pérez, G., y De Juanas, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas mayores*. Madrid: Publicaciones Universidad de educación a distancia. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=l6VqTMbteRcC&pg=PA235&dq=origenes+de+estilos+de+vida&hl=es-419&sa=X&ei=PjRGVM2KGJLNggS05oG4Cg&ved=0CCoQ6AEwAw#v=onepage&q=origenes%20de%20estilos%20de%20vida&f=false>.
- Pines, M. (2002). Teacher Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *Teachers and teaching: Theory and practice*, 8, 121-140.
- Preciado, M., Vázquez, J., Pando, M., Gutiérrez, F., Lira, A., Pérez González, M., y González, P. (2007). Validez factorial de la "Escala de agotamiento emocional laboral" para médicos de instituciones públicas en Guadalajara. *Redalyc*, 9 (1), 41-48. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14290107.pdf>
- Quiroz, R., y Saco, S. (2003). Factores asociados al Síndrome *Burnout* en Médicos y enfermeras Del Hospital Nacional Sur Este de Es Salud del Cusco. *Situa*, 12 (23), 11-22, 1609-7263. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm.
- Reyes, J., Paz, R., Palian, R., Apaza, E., y García, V. (2011). Características del desgaste dental y estrés laboral en personal técnico de enfermería de un hospital psiquiátrico. *Revista de psiquiatría y salud mental "Hermilio Valdizán"*, 12(1), pp. 51-82.

- Reyes, S. (2008). *Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el hospital San Benito, Petén.* (Tesis para optar el grado de licenciatura en enfermería). Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala
Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8580.pdf.
- Reyna, C. (2011). Síndrome de *Burnout* y Estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos, *Ipsi 14* (2) ,271-276, Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v14n2/a03v14n2.pdf>
- Rodríguez, A., Cruz, M y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería XIV*, (2), p.75-85. ISSN: 0717-2079.
- Rodríguez, A., Fernández, R., Benítez, M., Camino., M., y Brea, A. (2008). Correlacionar carga de trabajo, S. *Burnout* y calidad de vida en una unidad de críticos, *Electrónica cuatrimestral de enfermería 7* (3)
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis S.A.
- Román, J. (2003). Estrés y *Burnout* en Profesionales de la Salud de los Niveles Primario Y Secundario de Atención. *Revista Cubana Salud Pública*; 29 (2); pp.103-10. Recuperado De: Estrés/Epidemiología; Agotamiento Profesional/Epidemiología; Personal de Salud; Atención Primaria De Salud; Atención Secundaria De Salud
- Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8 (2), 62-99.
Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>.

- Rubio, V. (2008). Las mujeres llevan años soportando más carga de trabajo que el hombre, lo que en ocasiones desencadena en una peor salud mental. Periódico el Mar. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/noticias/atprimaria_y_sm/35602/.
- Ruiz, R., Moncada, L., y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20 (2). Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17937/18749>.
- Salcedo, K. (2007). Nivel del síndrome de *Burnout* en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central” Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro. (Tesis de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1007/1/salcedo_rk.pdf.
- Saldo, R., Atoche, R., Quispe, M., Ruiz, L., y Medina, J. (2011) Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de hospitales. Ancash. Perú. *Revista de investigación en psicología*, 14(2), pp.271-276. In: 1560 - 909X. Saludables. *Investigación en Detalle*, 1 (5), 2-10. Recuperado de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>
- Sanabria, P., González, L y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. *Red Revista Med*, 15 (2), 207-217. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/bupeusp/Doc?id=10311395&ppg=4>

- Sánchez, M., Delgado, A., y Alcalde, D. (2005). Prevalencia del síndrome de *burnout* desgaste profesional en los cirujanos ortopédicos de España. *Revista Orto Traumatol*, 49, pp.364-367. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482598505744412>.
- Schaufeli, W., y Schreurs, A. (1999). Work Related and Individual Determinants of the Three Burnout Dimensions. *Work and Stress*, 13 (1), 174-86.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Simões Moura, A. (2014). Guardas Prisionais “presos” ao Burnout: Estudo comparativo em E.P.s de alta e média segurança, com elevado e médio grau de complexidade de gestão. (Tesis de Maestría, Porto). Recuperado de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5466/TESE%20-Cristina_%C3%BA%20ultima%20vers%C3%A3o%20%2027.2.2014%20%20PDF.pdf?sequence=1
- Sosa, E. (2007). Frecuencia de los síntomas del síndrome de *Burnout* en profesionales Médicos. *Revistas Medica Rosario*, 73 (20), p. 12-20. Recuperado de: <http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/sintom-arg-rosario.pdf>.
- Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada al síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio.
- Umaña, A. (2005). Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles .*Enfermería de Costa Rica*, 26 (1), 5-12. In: 1409-1992. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art2.pdf>

Vargas, R. (2005). Proyecto de vida y planeamiento estratégico personal. In: 9972-9223-2-4. Recuperado de: <http://www.capitalemocional.com/libros/Proyecto%20de%20Vida.pdf>.

Vela, O. (2001). Síndrome del estrés laboral asistencial y satisfacción -insatisfacción laboral en personal de salud, de los hospitales de Essalud- Trujillo, según situación laboral, tiempo de servicio y tipo de profesión. Universidad Cesar Vallejo. Trujillo-Perú.

Wayne, M., y Robert, N. (2005). *Administración de recursos humanos*. México: Pearson Education. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=UkWaAvHmBswC&pg=PA378&dq=manejo+de+estr%C3%A9s&hl=es-419&sa=X&ei=l1NGVPDeCNHKggTH_oLwBA&ved=0CDgQ6AEwBg#v=onepage&q=manejo%20de%20estr%C3%A9s&f=false

White, E. (1949). *Temperance*. EEUU: Ellen G. White Publications. Recuperado de: http://www.anym.org/SOP/en_Te.pdf

Anexos1

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna de la escala de estilo de vida

Subdimensiones	n° de ítems	Alph a
Nutrición	6	,723
Ejercicio	5	,807
Responsabilidad en la salud	10	,777
Manejo de estrés	5	,537
Soporte Interpersonal	7	,758
Autorrealización	14	,849
Escala global	47	,916

Anexo 2

Tabla 2

Estimaciones de consistencia interna de la escala de burnout

Subdimensiones	n° ítems	Alp ha
Agotamiento emocional	10	,690
Despersonalización	5	,638
Realización personal	8	,710
Escala global	22	,832

Anexo 3



Universidad Peruana Unión
Escuela Académico profesional de Psicología

Consentimiento Informado

Estos cuestionarios forman parte de una investigación. La información obtenida será de uso exclusivo del trabajo de investigación. Su participación es anónima y voluntaria, y no hay riesgos físicos ni psicológicos asociados. Al contestar los cuestionarios, Ud. da su consentimiento de su participación.

A continuación se le presentaran una serie de preguntas, lea cuidadosamente y marque con una (X) según indique, no existen respuestas correctas o incorrectas:

I. Información demográfica:

1. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

2. Edad:

3. Estado civil

Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado/a () Conviviente ()

4. Profesión:

Médico () Enfermero/a () Nutricionista () Psicólogo/a ()

Técnico en: Interno en: Otros ()

5. Tiempo de trabajo:

Meses a 1 año () 2 – 5 años () 6 – 10 años 11- más ()

6. Región o país de procedencia

Costa () Sierra () Selva País.....

7. Religión:

Adventista: Sí () No () Otros (especificar):

(PEPS – I)

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Marque según corresponda:

Nº	Ítems	Nu nca	A veces	Frecuenteme nte	Rutinariame nte
1.	Desayunas todas las mañanas.				
2.	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
3.	Te quieres a ti mismo (o).				
4.	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces por semana.				
5.	Prefieres comidas saludables que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que eleven tu presión arterial).				
6.	Tomas un tiempo cada día para el relajamiento.				
7.	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre.				
8.	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida.				
9.	Creer que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas.				
10.	Conversas con personas cercanas, tus preocupaciones y problemas personales.				
11.	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida.				

12.	Te sientes feliz y contento(a).				
13.	Realizas ejercicio vigorizo por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana.				
14.	Comes tres comidas al día.				
15.	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud.				
16.	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales.				
17.	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo de tu vida.				
18.	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
19.	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores).				
20.	Le preguntas a otro médico cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud.				
21.	Tienes una actitud positiva ante El futuro.				
22.	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
23.	Eres consciente de lo que te importa en la vida.				
24.	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti.				
25.	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción.				
26.	Incluyes en tu dieta alimentos que contiene fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)				

27.	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud.				
28.	Aprecias tus propios éxitos.				
29.	Controlas tu pulso durante el ejercicio físico.				
30.	Pasas tiempo con amigos cercanos.				
31.	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado.				
32.	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives.				
33.	Ves cada día como interesante y desafiante.				
34.	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasa, vitaminas).				
35.	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir.				
36.	Encuentras agradable y satisfecho el modo de vida que llevas en la actualidad.				
37.	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo.				
38.	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros.				
39.	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir.				
40.	Pides información a los profesionales para cuidar tu salud.				

41.	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos.				
42.	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro.				
43.	Eres realista en las metas que te propones.				
44.	Usas métodos específicos para controlar la tensión (ejercicios de respiración, etc.).				
45.	Asistes a programas educativos sobre El cuidado de la salud personal.				
46.	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, colegas y amigos).				
47.	Crees que tu vida tiene un propósito.				

Anexo 4
(MBI)

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.

Nº	Ítems	0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2.	Me siento mejor cuando estoy activo.							
3.	Cuando me levanto por la mañana y trato nuevamente con los pacientes me siento fatigado.							
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando emocionalmente.							
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							

10.	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13.	Me siento frustrado en mi trabajo							
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20.	Me siento como si no tuviera posibilidades de brindar ayuda.							
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Anexo 5

Cuestionario de Estilo de Vida

(Coeficiente de validez de V)

Escurra (1998) menciona que los reactivos cuyos valores sean iguales o mayores de 0.80 se consideran válidos para el test, tomando en cuenta ello, en la tabla 5 se observa que luego de calcular los coeficientes de validez V de Aiken para la dimensión nutrición, los ítems 1 y 5 se decidió esclarecer el contenido por lo que fueron modificados. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, el cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y evaluando de manera específica la dimensión.

Tabla 1

Análisis de validez de dimensión nutrición

Nº Ítem	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dom. cont)
1	0.80	0.80	1.00	0.80
5	1.00	1.00	1.00	1.00
14	1.00	1.00	1.00	1.00
19	1.00	1.00	1.00	1.00
26	1.00	1.00	1.00	1.00
35	1.00	1.00	1.00	1.00

En la tabla 2, los coeficientes V de Aiken para la dimensión ejercicio, el ítem 4 evidenció observaciones en cuanto a la claridad, siendo modificado por “Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces por semana”. Con el ítem 30 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 2

Análisis de validez de dimensión ejercicio

Nº Ítem	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dom. cont)
4	0.60	1.00	0.80	0.80
13	0.80	1.00	0.80	0.80
22	1.00	1.00	1.00	1.00
30	0.80	1.00	0.80	1.00
38	1.00	1.00	1.00	1.00

En la tabla 3, los coeficientes V de Aiken para la dimensión responsabilidad en la salud. Con los ítems 15, 20, y 43 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Asimismo, se procedió a colocar el ítem 42 en la dimensión soporte interpersonal. Finalmente, los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en

el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 3

Análisis de validez de dimensión responsabilidad en la salud

Nº Ítem	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dom. cont)
2	0.80	1.00	0.80	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00
15	0.80	1.00	1.00	1.00
20	0.80	1.00	1.00	1.00
28	0.80	1.00	1.00	1.00
32	1.00	1.00	1.00	1.00
33	1.00	1.00	1.00	0.80
42	0.80	1.00	1.00	1.00
43	1.00	1.00	1.00	1.00
46	0.80	1.00	1.00	1.00

En la tabla 4 los coeficientes V de Aiken para la dimensión manejo de estrés. Con el ítem 45 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Finalmente, a criterio de los jueces se procedió a unir el ítem 6 y 27 siendo este: “Tomas un tiempo cada día para el relajamiento”. Asimismo, se procedió a colocar el ítem 41 a la dimensión responsabilidad en la salud. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 4

Análisis de validez de dimensión en manejo de estrés

Nº Item	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
6	0.80	1.00	1.00	1.00
11	0.80	1.00	1.00	1.00
27	1.00	1.00	1.00	1.00
36	1.00	1.00	1.00	1.00
40	1.00	1.00	1.00	1.00
41	0.80	1.00	1.00	0.80
45	1.00	1.00	1.00	0.00

En la tabla 5, los coeficientes V de Aiken para la dimensión soporte interpersonal. El ítem 10 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 5

Análisis de validez de dimensión soporte intepersonal

Nº Item	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
10	1.00	1.00	1.00	1.00
18	0.80	1.00	1.00	1.00
24	1.00	1.00	1.00	1.00
25	1.00	1.00	1.00	1.00
31	1.00	1.00	1.00	1.00
39	1.00	1.00	1.00	1.00

47	1.00	1.00	1.00	1.00
----	------	------	------	------

En la tabla 6, los coeficientes V de Aiken para la dimensión autorrealización. Los ítems 3,17, 21, 29,37 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Finalmente, los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 6

Análisis de validez de dimensión autorrealización

Nº Item	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
3	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
9	1.00	1.00	1.00	1.00
12	0.80	1.00	1.00	1.00
16	1.00	1.00	1.00	1.00
17	1.00	1.00	1.00	1.00
21	1.00	1.00	1.00	1.00
23	1.00	1.00	1.00	1.00
29	1.00	1.00	1.00	1.00
34	1.00	1.00	0.80	1.00
37	1.00	1.00	1.00	1.00
44	0.80	1.00	1.00	0.00
48	1.00	1.00	1.00	1.00

Anexo 6

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

(Coeficiente de validez de V)

Escurra (1998) menciona que los reactivos cuyos valores sean iguales o mayores de 0.80 se consideran válidos para el test, tomando en cuenta ello; en la tabla 1 se observa que luego de calcular los coeficientes de validez V de Aiken para la dimensión cansancio emocional, el ítem 2 presenta observaciones por parte de uno o más jueces; en cuanto a la claridad del constructo. Por lo tanto, considerando las observaciones el ítem 2 “Cuándo termino mi jornada de trabajo me siento vacío” fue modificado por “Me siento mejor cuando estoy activo”. Asimismo, el ítem 3, 8, 20 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Finalmente, los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 1

Análisis de validez de dimensión cansancio emocional

Nº Item	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
1	1.00	1.00	1.00	1.00
2	0.60	1.00	1.00	0.80
3	0.80	0.80	1.00	0.80
6	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
13	1.00	1.00	1.00	1.00
14	0.80	1.00	1.00	1.00
16	1.00	1.00	1.00	1.00
20	0.80	0.80	1.00	0.80

En la tabla 2, los coeficientes V de Aiken para la dimensión despersonalización. El ítem 22 evidenció observaciones en cuanto a la claridad, congruencia y dominio del constructo por debajo del 0.70, por lo que se procedió a la eliminación del ítem. Asimismo, el ítem 10 y 11 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 2

Análisis de validez de dimensión despersonalización

Nº Item	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
5	1.00	1.00	1.00	1.00
10	0.80	1.00	1.00	1.00
11	1.00	1.00	1.00	1.00
15	1.00	1.00	1.00	1.00
22	0.60	0.60	1.00	0.60

En la tabla 3, los coeficientes V de Aiken para la dimensión realización personal, los ítems 7,9,19,21 se procedió a consolidar los enunciados de una manera más clara y precisa, por lo que se presentaron variaciones no alterando el significado o congruencia real del ítem en cuanto a la dimensión se refiere. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no se evidencia dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo y la evaluación específica de la dimensión.

Tabla 3

Análisis de validez de dimensión realización personal

Nº Ítem	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(Dom. cont)
4	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00
9	1.00	1.00	1.00	1.00
12	1.00	1.00	1.00	1.00
17	1.00	1.00	1.00	1.00

18	0.80	1.00	1.00	1.00
19	1.00	1.00	1.00	1.00
21	1.00	1.00	1.00	1.00

Anexo 7

Lima 08 de diciembre de 2014

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA.

Estimado Dr. Jhony Alberto De la Cruz

Jefe de Investigación y docencia de la Clínica Good Hope

Nos es grato dirigirnos a usted, esperando se encuentre muy bien y gozando de las bendiciones del Señor.

El motivo de nuestra carta es para solicitar el permiso necesario para la aplicación de nuestros instrumentos de evaluación en los profesionales de la salud de la Clínica Good Hope, siendo que en la actualidad como bachilleres de Psicología de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Unión, nos encontramos en proceso de tesis para obtener el grado de licenciatura.

Nuestro proyecto de tesis lleva por título: Estilo de vida y Burnout en profesionales de la salud de una clínica privada de Lima, 2014.

Optamos por escoger a la Clínica Good Hope porque forma parte del grupo de instituciones adventistas y cuenta con el personal que reúne las características de la población que deseamos estudiar.

Nos agradecería contar con su disposición y apoyo para poder llevar a cabo nuestra investigación y aportar lo necesario con los resultados obtenidos. Desde ya le agradecemos gentilmente su disposición y pronta respuesta.

Nota: Estamos adjuntando los instrumentos que han sido validados por criterio de jueces y análisis estadístico, ambos instrumentos al momento de la aplicación serán presentados con el consentimiento informado y es netamente confidencial. Asimismo el proyecto de tesis y documentos de aceptación del proyecto.

Atentamente,

Alumnas: Karen Sabogal Silvestre y Sonia Herrera Frías

Asesor: Mg. Daniel Farfán Rodríguez