

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

**Presencia de burnout en psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos
de Lima Metropolitana, 2015**

Tesis para optar el Título profesional de Psicólogo

Autor:

Emerson Rafael Sánchez Mosqueira

Asesor:

Psic. Isaac Alex Conde Rodríguez

Ñaña, marzo de 2016

Dedicatoria

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por motivarme constantemente, lo que me ha permitido ser una persona de bien, sobre todo, por su amor.

Agradecimientos

A Dios por bendecirme, por permitir que llegue hasta donde estoy y por haber hecho realidad mis objetivos.

A la Universidad Peruana Unión por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

De igual manera agradezco a mi asesor y coasesora de tesis, Psic. Isaac Alex Conde Rodríguez y Psic. Elizabet Trujillo por su esfuerzo y dedicación, quienes con sus conocimientos, paciencia y motivación lograron que pueda presentar este trabajo con éxito.

Y por último mi hermana, Lic. Kelly Sánchez Mosqueira por haberme motivado a en mi labor de investigador, por su apoyo, por su dedicación en su formación como profesional de la salud y docente, por sus consejos, los cuales ayudaron a formarme como persona.

Índice

Índice de anexos	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	ix
Capítulo I.....	1
El Problema	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema	3
2.1. Problema general.	3
2.2. Problemas específicos.....	3
3. Justificación	4
4. Objetivos de la investigación.....	5
4.1. Objetivo general.....	5
4.2. Objetivos específicos.	5
Capítulo II.....	6
Marco teórico.....	6
1. Marco bíblico filosófico.....	6
2. Antecedentes de la investigación	8
3. Marco conceptual.....	13
3.1. Síndrome de burnout.....	13
3.2. Psicólogo clínico.....	26
4. Definición de términos.....	28
5. Hipótesis de la investigación	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.1. Hipótesis de la investigación.	¡Error! Marcador no definido.

5.2. Hipótesis específicas.....	¡Error! Marcador no definido.
Capítulo III	30
Materiales y métodos.....	30
1. Método de la investigación	30
2. Variable de la investigación.....	30
2.1. Identificación de la variable.....	30
2.2. Operacionalización de la variable.....	30
3. Delimitación geográfica y temporal	31
4. Participantes.....	31
4.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	31
5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
5.1. Instrumentos.	33
5.2. Proceso de recolección de datos.	34
6. Procesamiento y análisis de datos.....	35
Capítulo IV	36
Resultados y discusiones	36
1. Resultados.....	36
1.1. Análisis descriptivo.	36
2. Discusión	44
Conclusiones.....	49
Recomendaciones	50
Referencias	51
Anexos.....	60

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Matriz de operacionalización de síndrome de burnout</i>	31
Tabla 2: <i>Análisis de la frecuencia de las características de la muestra</i>	32
Tabla 3: <i>Niveles de burnout según dimensiones</i>	37
Tabla 4: <i>Agotamiento emocional según sexo</i>	37
Tabla 5: <i>Agotamiento emocional según edad</i>	38
Tabla 6: <i>Agotamiento emocional según tiempo de experiencia</i>	38
Tabla 7: <i>Despersonalización según sexo</i>	39
Tabla 8: <i>Despersonalización según edad</i>	40
Tabla 9: <i>Despersonalización según tiempo de experiencia</i>	40
Tabla 10: <i>Realización personal según sexo</i>	41
Tabla 11: <i>Realización personal según edad</i>	42
Tabla 12: <i>Realización personal según tiempo de experiencia</i>	42
Tabla 13: <i>Presencia burnout</i>	43
Tabla 14: <i>Presencia burnout según sexo</i>	43
Tabla 15: <i>Presencia burnout según edad</i>	44
Tabla 16: <i>Presencia burnout según tiempo de experiencia</i>	44
Tabla 17: <i>Estimaciones de consistencia interna del inventario de burnout de Maslach</i>	60
Tabla 18: <i>Correlaciones sub test – test del inventario de burnout de Maslach</i>	61

Índice de anexos

Anexo 1: <i>Tabla de fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach</i>	60
Anexo 2: <i>Tabla de validez del Inventario de Burnout de Maslach</i>	61
Anexo 3: <i>Instrumento utilizado</i>	62
Anexo 4: <i>Consentimiento informado</i>	71

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la presencia del síndrome de *burnout* en psicólogos clínicos de establecimientos de salud de Lima-Perú. La muestra estuvo conformada por 52 psicólogos clínicos que laboraban en instituciones públicas de salud. Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Los resultados más significativos mostraron que el 90.4% de los participantes no presentaron síndrome de *burnout*; asimismo, se evidenció que el 53.8% de los psicólogos presentaban niveles altos de agotamiento emocional, un 46.2% presentó niveles altos de despersonalización y sólo el 13.5% denotó niveles bajos de realización personal. Se concluye que a pesar de que los psicólogos presentaron fatiga emocional y conductas de insensibilidad, se sentían realizados profesionalmente.

Palabras clave: Burnout, psicólogos clínicos, establecimientos de salud.

Abstract

This study aimed to determine the presence of the Burnout in clinical psychologists in public health establishments of Metropolitan Lima. The sample was formed by 52 clinical psychologists who worked in public health institutions. The sample was formed by 52 clinical psychologists who worked in public health institutions. The Maslach Burnout inventory (MBI) and a questionnaire of socio-demographic data were used. The most significant results showed that the 90.4% of participants did not show Burnout syndrome, also evidenced that 53.8% of psychologists had high levels of emotional exhaustion, 46.2% showed high levels of depersonalization and only 13.5% have low levels of self-realization. It is concluded while psychologists showed insensitivity behaviors and emotional fatigue, they felt realized professionally.

Keywords: Burnout, clinical psychologists, health facilities.

Introducción

El síndrome de *burnout* o también llamado el síndrome de estar quemado por el trabajo es un factor de riesgo laboral debido a que afecta la calidad de vida, salud mental e incluso llega a poner en riesgo la vida de la persona que lo padece. Asimismo, el individuo que presenta síndrome de *burnout* brindará un servicio deficiente a los clientes, será ineficiente en su labor o habrá mayor tasa de ausentismo, que conllevarán a que la organización presente pérdidas económicas y déficits en la consecución de metas.

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema de la investigación, así como la formulación de los problemas generales y específicos, además, se plantean los objetivos generales y específicos y finalmente la justificación del estudio.

En el capítulo II, se aborda el marco bíblico filosófico de la variable de estudio, posteriormente se muestran los antecedentes de investigaciones parecidas, también se expone el marco teórico del síndrome de *burnout* y de la población de estudio, y se plantean las hipótesis de la investigación.

En el capítulo III, se identifica el método de la investigación, la variable de estudio, las características de los participantes, además, se describe el instrumento utilizado y finalmente, se analiza el proceso de recolección de datos así como el procesamiento de los datos estadísticos.

En el capítulo IV, se exponen las tablas de resultados con sus respectivas interpretaciones, asimismo, se presenta la discusión de los resultados, también se muestran las conclusiones y se finaliza con las recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

Numerosas han sido las investigaciones que han advertido sobre el desgaste laboral que afecta a profesionales del área de ciencias de la salud a lo largo del ejercicio de su carrera, más aún cuando el personal atiende a personas con algún padecimiento. Además, se conoce que por la labor que desempeñan los psicólogos clínicos, médicos y enfermeras se constituyen en profesiones con mayor tendencia a experimentar un desgaste laboral a lo largo del ejercicio de su profesión (Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, 2007).

Según De Sousa (2005) el estrés laboral es considerado una epidemia mundial, es el único riesgo en el trabajo en el que cien por ciento de los trabajadores pueden ser afectados, asimismo, altera la salud de la persona y produce diversos incidentes ocupacionales. Del mismo modo, el trabajo en exceso genera alteraciones del sueño, del sistema gástrico, y consecuencias psicológicas, a nivel social y familiar y la posibilidad de padecer accidentes laborales se incrementa se sufre el riesgo de padecer accidentes laborales.

Por otro lado, en Perú, El Comercio (2009) menciona que en una encuesta realizada a nivel nacional a cuatro mil trabajadores reveló que el 78% de los peruanos ha padecido un cuadro de estrés laboral, mientras un 22% no se ha visto afectado por las presiones de su trabajo. Además, según el estudio el 32% de los trabajadores dice poder prevenir el estrés intentando realizar actividades recreativas o deportivas fuera del horario de oficina, incluso

un 18% aprendió a dividir su tiempo y las tareas en el trabajo, un 14% ahora descansa por intervalos para no agotarse, un 8% mueve constantemente brazos, piernas y manos mientras trabaja para no agotarse físicamente. Pese a ello, aún hay un 29% de trabajadores que no saben qué medidas tomar para poder evitar esta enfermedad, lo que empeora cuando las empresas donde trabajan no advierten que la prevención del estrés es finalmente, un beneficio para su compañía.

El estrés relacionado al trabajo se le acuñó el término de *burnout* en 1975 (Maslach y Jackson, 1981). Se puede describir al *burnout* como una prolongada exposición a presión ocupacional, incluyendo estresores emocionales y en las relaciones interpersonales. (Maslach, 2003).

El trabajo puede llegar a generar estrés y numerosas pueden ser las razones, llegando a afectar varias esferas de desenvolvimiento del profesional, y esta situación tiene mayor relevancia cuando la principal herramienta que tiene el profesional para apoyar a sus pacientes es él mismo, se entiende que cuando el psicólogo no se encuentra en un estado de bienestar adecuado no podrá apoyar de una manera efectiva a sus clientes. Por esto, el profesional en sí, independientemente de su experiencia y su orientación teórica, uno de los factores que más importa en el tratamiento (Durruty, 2005).

En este sentido, el *burnout* en un psicoterapeuta genera consecuencias para quienes lo rodean; sus colegas, la organización en donde trabaja, en el ámbito social y personal Durruty (2005). No sólo basta tomar conciencia del riesgo que afronta el terapeuta en cuanto a mantenerse física y mentalmente saludable, sino también, las acciones que realiza para lograrlo. Por este motivo, lo primero que se debe hacer si se pretende ayudar a otros, es ayudarse a sí mismo (Figley, 2007).

Por lo expuesto, es necesario mencionar que el psicólogo clínico necesita para el desarrollo de cada sesión terapéutica un tiempo aproximado de 40 minutos, además el

psicólogo constantemente se relaciona con personas que experimentan tras el conocimiento de su diagnóstico sentimientos de dolor, angustia desesperanza, etc., por ello es necesario que cada profesional de la salud mental aprenda a utilizar técnicas que eviten la contratransferencia de las diversas emociones negativa que enfrentan sus clientes. Desde esta perspectiva se comprende que si un psicólogo no maneja de forma adecuada sus emociones, podría desencadenar en un síndrome de *burnout* (Benevides-Pereira, Porto-Martins, y Basso, 2010).

En la actualidad, el *burnout* es una condición clínica la cual se describe en el índice de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que reafirma la importancia de este padecimiento.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general.

¿Existe *burnout* en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015?

2.2. Problemas específicos.

¿Cuál es nivel de agotamiento emocional en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015?

¿Cuál es nivel de despersonalización en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015?

¿Cuál es nivel de realización personal en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015?

3. Justificación

La presente investigación denominada “Presencia de *burnout* en psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015” servirá para conocer las implicancias negativas que genera en el ser humano el estar quemado laboralmente.

Con este estudio los psicólogos clínicos que participan se verán beneficiados ya que identificarán si existe la presencia del síndrome de *burnout*, además, las instituciones de salud participantes podrán averiguar cómo el desempeño de funciones de cada colaborador con respecto al puesto que desarrolla ha mermado la productividad efectiva de sus trabajadores.

Es necesario recalcar que a través de los resultados obtenidos las instituciones colaboradoras podrán realizar la planificación y ejecución de talleres y charlas preventivas así como programas de intervención, etc., con el fin primordial de disminuir el estrés laboral, así como fomentar la prevención y promoción de la salud.

La presente investigación contribuirá al conocimiento de profesionales de distintas áreas, puesto que proporcionará información relevante con respecto al síndrome de *burnout* y las diversas teorías que respaldan éste fenómeno.

Finalmente, este estudio brinda la oportunidad de poder contextualizar el test de Maslach, ya que las palabras que se utilizan en el cuestionario original, en muchas ocasiones no se encuentran adaptadas al contexto peruano, asimismo, se procesarán los datos recolectados de manera que se conozcan los datos de confiabilidad en la población encuestada.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo General.

Identificar la presencia de *burnout* en psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015.

4.2. Objetivos Específicos.

Identificar el nivel de agotamiento emocional en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015.

Identificar el nivel de despersonalización en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015.

Identificar el nivel de realización personal en los psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco bíblico filosófico

Jesús, a través de sus palabras y ejemplo, ofrece consejos de manera práctica para manejar el estrés que aqueja a diario. Ya que el primer recurso que tenía él para sobrellevar todo el estrés que le pudo haber generado el predicar, sanar, alimentar a las multitudes y ser objeto de persecución por varios grupos, era la conexión con su Padre.

Jesús fortalecía la conexión con su Padre mediante la oración y meditación. Por ejemplo, en el evangelio según San Marcos capítulo 1, versículo 35 se menciona que “Levantándose muy de mañana, siendo aún muy oscuro, salió y se fue a un lugar desierto, y allí oraba”.

Jesús invitaba a sus discípulos a que se unan a Él en descanso, diciéndoles: “Venid vosotros aparte a un lugar desierto, y descansad un poco” (S. Marcos 6:31) lo que significa que los instaba a que reposarán y que de esta forma renovarían las energías que se necesitaban para las jornadas de predicación, sanación y demás actividades que realizaban.

Asimismo, Jesús en ocasiones se le encuentra descansando en casa de Lázaro, Marta y María, y se aseguraba que sus discípulos se recrearan de algún modo. Sabía que un periodo de descanso, lejos de la multitud, les daría recargadas energías. De este modo, al decirles que se retiraran a descansar, les enseñaba cómo hallar el equilibrio entre el trabajo y el reposo (Lucas 10:38).

Es relevante recordar la promesa de Dios “Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os hare descansar. Llevad mi yugo sobre vosotros, y aprended de mí, que soy manso y humilde de corazón; y hallaréis descanso para vuestras almas” (San Mateo 11:28-29), es decir, que por las diversas actividades que realiza el ser humano tanto en su vida personal y, más aún, en su ambiente laboral pude sentirse cargado, fatigado o desgastado, por ello, Dios a través de las Sagradas escrituras insta a cada persona a tomarse un momento de descanso y regocijarse en su regazo.

Otra forma con la que podemos reducir el estrés es por medio de una labor desinteresada, pero no cualquier actividad, sino una labor que genere el alivio de los demás. La existencia de Jesús fue un ejemplo de vida fundamentalmente desinteresado, continuamente empleaba sus energías para servir a otros. En un sermón, Pedro hizo un resumen de la vida de Jesús diciendo: “Éste anduvo haciendo bienes y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él” (Hechos 10:38).

Por esta razón Cristo se orientó hacia el servicio, pero también reconoció la importancia del descanso y el tiempo dedicado a su Padre para un estilo de vida equilibrado y un adecuado manejo del estrés (Lucas 22:27 y 2 Colosenses 9-10).

Algunos de los personajes bíblicos afrontaron el estrés de manera efectiva, por ejemplo, Elías utilizó cuatro remedios: dormir bien, comer sano, hacer ejercicios y orar al Señor, estas actividades lo ayudaron a restaurar o mantener el bienestar en todas sus esferas (1 Reyes 19:5-9) por el estrés percibido a causa de que la reina Jezabel amenazara de muerte a Elías diciendo: “Que los dioses me castiguen si mañana, a la misma hora, yo no hago con tu vida lo que tú hiciste con la de ellos” refiriéndose a sus profetas muertos a por mandato de Elías, por este motivo él huyó en seguida para salvar su vida (1 Reyes 19:2).

Es por esto que White (1993), recalcó la importancia de cuidar la mente de las personas y todo lo correspondiente a ella, como pensamientos, emociones, sentimientos, y su

impacto en el organismo físico, demostrando la relación entre la mente y el cuerpo (Ministerio de Curación, p. 185).

2. Antecedentes de la investigación

Al realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos trabajos relacionados que sirven como precedente de la presente investigación. Entre los cuales destacan los siguientes:

Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, Garrosa y Gutiérrez (2002) realizaron en Brasil una investigación con el fin de validar el Inventario de Burnout en Psicólogos (IBP). Se aplicó el IBP (Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, Garrosa y Gonzáles, 2002) a una muestra de 203 profesionales de psicología, de habla hispana y portuguesa. Finalmente, los investigadores concluyeron que la sintomatología asociada al síndrome de *burnout* se divide en tres dimensiones: consecuencias psicológicas, físicas y sociales. Además, estas tres partes del IBP están altamente interrelacionadas, de forma que las características profesionales se asocian al nivel de *burnout* y los niveles de *burnout* a la sintomatología percibida.

Seguidamente, Moreno-Jiménez y Rodríguez-Muñoz (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue indagar acerca de la prevalencia del *burnout* en 454 psicólogos mexicanos con el propósito de identificar las variables sociodemográficas que se asocian. Para este fin, los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986; versión Human Services Survey (MBI-HSS, 2006) y el IBP. Se halló que tanto la especialidad del psicólogo como el número de horas son variables asociadas al *burnout*. Por último, se señaló que el género femenino tenía mayor predisposición a padecer el síndrome de *burnout*, además, se los participantes que sólo tenían grado

académico de licenciados mostraron menores niveles de *burnout* en comparación a sus colegas que tenían una especialización en psicología clínica.

Asimismo, Turcios (2008) en El Salvador, realizó un estudio exploratorio con el objetivo de determinar la existencia del síndrome de *burnout* en psicólogos que laboran en el ámbito jurídico de ese país, la muestra estuvo constituida por 60 psicólogos de distintas instancias judiciales y el instrumento elegido para medir este constructo fue el MBI. Los resultados más relevantes indican que los psicólogos que laboran en el área judicial experimentaron altos niveles de agotamiento emocional aunque presenten bajos niveles de despersonalización y altos niveles de realización personal.

Además, Andrade (2009) en Brasil, realizó un estudio descriptivo con el fin de examinar el *burnout* en los psicólogos, la muestra la conformaron 915 psicólogos entre clínicos y educativos. Los instrumentos que utilizaron para dicho fin fueron el IBP y un formulario de datos sociodemográficos. Los resultados indicaron que los psicólogos que presentaban altos niveles de *burnout* fueron los que realizaban otras actividades adicionales o cumplían con alguna responsabilidad estresante al momento de responder el cuestionario.

Continuando, Ortiz y Ortega (2009) en México, llevaron a cabo un estudio correlacional con el fin de conocer la prevalencia y grado de afectación por el síndrome de *burnout* y la relación con los síntomas que conciernen al estrés. Para ello tuvieron una muestra constituida por 126 psicólogos mexicanos. Los instrumentos usados fueron el IBP y el Inventario de Sintomatología del Estrés (ISE; Benevides-Pereira et. al, 2002). El análisis de datos reveló que el 48% de la muestra del estudio se encontró afectada por el síndrome, un 8% presentó niveles altos y un 40% niveles medios del síndrome de *burnout*.

Además, en Sudáfrica, Roothman (2010) llevó a cabo una investigación con el objetivo de conocer la naturaleza y la relación entre las solicitudes de empleo, recursos de trabajo, *burnout* y *engagement* en el trabajo en un grupo de psicólogos sudafricanos. Los

instrumentos utilizados para dicho fin fueron el *Job Demands-Job Resources Scale for Psychologists* (JD-JRSP), el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), el *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), y la técnica de entrevista personal. Los resultados indicaron que los psicólogos presentaban bajos niveles de *burnout* pero a su vez evidenciaban altos niveles de *engagement*. También se reveló que los recursos del trabajo mitigan los efectos debilitantes de las demandas laborales y por lo tanto, se convierten en un factor protector contra el *burnout*, promoviendo a su vez el compromiso organizacional.

Continuando, Soré, Pinheiro y Sousa (2012) en Brasil, realizaron un estudio con el fin de hallar la relación entre bienestar espiritual y síndrome de *burnout* en psicólogos que laboraban en establecimientos de salud públicos de Paraíba. La muestra la constituyeron 92 psicólogos, de edades comprendidas entre 24 y 60 años. Los instrumentos utilizados fueron el *Spiritual Well-being Scale* (SWBS; Ellison y Paloutzian, 1982), un inventario de *burnout* y un cuestionario de datos sociodemográficos. Los resultados indican que existe una correlación significativa entre religiosidad, existencialismo y bienestar espiritual y el cansancio emocional y la despersonalización. Estos resultados sugieren que el bienestar espiritual parece ser un factor de ayuda ante el síndrome de *burnout*.

Asimismo, Isaac, García, Bosch, Méndez y Luque (2013) realizaron un estudio con el fin de describir la presencia del síndrome en psicólogos clínicos que laboren en el área médico-hospitalaria de dos hospitales de la ciudad de México, y determinar las características laborales que favorecen su aparición. Para este objetivo elaboraron un cuestionario denominado “*ex profeso*” cuya finalidad fue explorar las variables laborales de interés, además se aplicó el MBI a una muestra conformada por 30 psicólogos de la salud. Los resultados evidencian que la incidencia de *burnout* en esta población es escasa y no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las características laborales. Los puntajes que los psicólogos alcanzaron fueron 56.7% en alto agotamiento emocional, 80%

en baja despersonalización y 63.3% en alta realización personal. Estos datos sugieren que la instalación del síndrome de *burnout* no se debería exclusivamente a factores laborales, sino también se deben tener en cuenta las características personales y del entorno social.

Hasta el momento, se han presentado investigaciones a nivel internacional acerca del síndrome de *burnout*, realizadas en psicólogos. A continuación se mencionarán investigaciones dentro del contexto peruano.

Yslado, Atoche, Cermeño y Rodríguez (2013) en Áncash-Perú, realizaron una investigación correlacional con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos y de organización relacionados con el síndrome de *burnout* en profesionales de la salud en hospitales de dicha localidad. Para el estudio se contó con una muestra de 76 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros, obstetras, odontólogos, psicólogos, químico farmacéuticos, tecnólogos médicos, nutricionistas y biólogos. Para esta investigación se utilizó el Cuestionario Síndrome de *burnout* en profesionales de la salud de la DIRES Áncash, 2012 (Yslado, Atoche, Quispe, Ruiz y Medina, 2012) y el MBI. Los resultados indicaron que el 57.9% presentaron el síndrome de *burnout* en su fase inicial, con niveles bajos de estrés laboral; el 14.5% en fase intermedia, con niveles medianos de estrés laboral y el 27.6% en fase final, es decir, un estrés laboral crónico alto.

Finalmente, Gallegos, Velarde y Shimizu (2014) en Arequipa-Perú, realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de exponer las manifestaciones del síndrome de *burnout* y estilos de afrontamiento. Para esto, contaron con una población de psicólogos arequipeños, los cuales conformaron una muestra de 110 psicólogos. Se aplicó el MBI y el Cuestionario de Conductas de Afrontamiento en Situaciones de Estrés de Magnuson validado por José Francisco Labrador (1996) en España. Se halló que los el 53.63% tiene bajo agotamiento emocional, el 60.92% presentó bajos niveles de despersonalización y el

63.63% evidenció niveles bajos de realización personal. En conclusión hallaron que sólo el 17,27% de esta muestra presenta síndrome de *burnout*.

Además, el estudio evidenció que la mayoría de los afectados por el síndrome fueron mujeres, y que son ellas las que mayormente se encuentran en riesgo o propensas a padecer el síndrome de *burnout*.

3. Marco conceptual

3.1. Síndrome de burnout.

3.1.1. Definiciones.

El *burnout* es considerado como una afección laboral. El *burnout*, o síndrome de estar quemado, es una manifestación de connotaciones afectivas negativas que perjudica a los trabajadores en el ámbito personal, social y laboral, del mismo modo, aparece como consecuencia del estrés laboral crónico combinando variables individuales, organizacionales y sociales (Maslach, Schaufeli y Leiter 2001).

Asimismo, Maslach et al. (2001) definen al *burnout* como una respuesta del organismo ante una prolongada exposición a factores estresantes en el trabajo y en las relaciones interpersonales dentro de la organización, divididos en tres dimensiones:

- El agotamiento como la sensación de no dar más de sí en el ámbito emocional, altera a nivel personal.
- La despersonalización como una actitud distante ante el trabajo, ante los clientes y antes los compañeros, es decir, el clima organizacional, esta dimensión altera a nivel social.
- La eficacia profesional es la sensación de realizar de una manera adecuada las labores asignadas y ser competente en el trabajo, altera a nivel profesional.

Ortiga y Fernández (2001) definen el síndrome de *burnout* como una enfermedad laboral y emocional, que generalmente se produce en entornos de estrés laboral de manera continua, es decir, es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a los profesionales o empleados cuyo trabajo les exige cercanía emocional con las personas.

Farber (2000) describe al *burnout* como un reflejo que está presente en la mayoría de trabajos actuales, debido a la alta competencia que exige presentar mejores resultados con la mínima inversión.

Gil-Monte (2005) hace mención que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico, que lo componen cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas, pacientes o clientes con quienes se relaciona el trabajador en su contexto laboral, como consecuencia de esta respuesta aparecen anomalías conductuales y fisiológicas que van a tener repercusiones negativas en las personas, en la empresa e incapacita al sujeto para el ejercicio de normal de su actividad laboral.

Thomaé, Ayala, Sphan y Storti (2006) definen al *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a personas cuya labor se dedique al servicio de los demás; generando en el profesional síntomas que varían desde el cansancio físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas con sus pares.

Tras las definiciones mencionadas, se puede entender al síndrome de burnout como la consecuencia de padecer un estrés laboral crónico, que se pueden manifestar a través de síntomas físicos y psicológicos. Y si no se llega a tratar a tiempo, puede afectar severamente el bienestar biopsicosocioespiritual del individuo.

3.1.2. Características del síndrome de burnout.

El síndrome de *burnout* tiene las siguientes características según Maslach y Leiter (1999).

- Agotamiento emocional: se evidencia por la pérdida gradual de energía y el deterioro físico y se manifiesta como cansancio al iniciar y culminar una jornada laboral, además, de una creencia de desempeñar una labor muy ardua, así como presión al trabajar a diario con personas, sentirse desgastado o quemado, frustrado por el trabajo y sentir estrés al interactuar constantemente con seres humanos.
- Despersonalización: es el incremento de sentimientos y comportamientos negativos, respuestas insensible e impersonales hacia las personas, se evidencia al tratar a algunas personas como si fueran objetos, presentar una actitud insensible con las personas en su trabajo, así como poca preocupación de que el trabajo los esté endureciendo emocionalmente, indiferencia por los problemas de sus clientes, culparse de algunos problemas ajenos, etc., denotándose falta de empatía.
- Realización personal: consiste en la evaluación que hace el individuo con respecto al ámbito laboral, cuando esta evaluación es negativa se evidencia por una sintomatología multidimensional en el ámbito cognitivo, somático y emocional, que se manifiesta cuando existen dificultades para relacionarse con las personas del trabajo y dificultad para enfrentarse a los problemas del trabajo y de las personas, también comprende la escasa vitalidad para realizar las labores profesionales, dificultad para crear una atmósfera de relajación con las personas que lo rodean, ausencia de motivación para continuar trabajando, así como sentimiento de insatisfacción al no lograr sus objetivos como profesional.

3.1.2.1. Fases del burnout.

Edelwich y Brodsky (1982) plantean que cuando el individuo padece del síndrome de *burnout* se presenta una pérdida gradual del idealismo, energía y motivación por las personas que se dedican a labores de servicio a las personas. Dichos autores proponen cuatro fases por las que pasa cada individuo que padece el síndrome de burnout.

- Fase de entusiasmo: se experimenta ante un nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran motivación, energía y se tienen expectativas positivas sin importar las largas jornadas laborales.
- Fase de estancamiento: en esta fase no se cumplen las expectativas personales, se empieza a valorar el servicio dado al trabajo, sintiendo que no hay un equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa. En esta fase se tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, por lo tanto, es un problema de estrés psicosocial.
- Fase de frustración: se puede describir a esta tercera fase como en la que la frustración, desilusión o desmoralización está presente en el trabajador. La actividad laboral carece de motivación, cualquier asignación irrita al colaborador y puede generar conflictos en el grupo de trabajo. En algunas ocasiones se presentan problemas de salud, manifestándose a nivel emocional, fisiológico y conductual.
- Fase de apatía: en la última fase se evidencian una serie de cambios conductuales como una tendencia a tratar a los clientes de forma distancia y mecánica, llegando a la mecanización. En esta fase se presentan mecanismo de defensa del individuo en respuesta al estrés laboral.

3.1.3. Modelos teóricos.

Se toma como referencia a los modelos psicosociales, los cuales se clasifican en cuatro grupos: modelo cognitivo, modelo social, modelo organizacional y modelo estructural (Gil-Monte y Peiró, 1997).

3.1.3.1. Modelo basado en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Básicamente se caracteriza por presentar las ideas de Albert Bandura para explicar la aparición del síndrome de *burnout*. Este modelo básicamente considera que, en primer lugar, los pensamientos influyen en la percepción y en la manera de actuar de cada individuo.

Seguidamente, la autoafirmación o seguridad en sus capacidades y habilidades determinará el empeño que la persona ponga para alcanzar sus propósitos y la facilidad o dificultad que tenga para conseguirlos, y a su vez, determinará las reacciones emocionales que pueden acompañar a esa acción, como la depresión, estrés, etc.

De este modo Bandura (1997) define a la percepción de autoeficacia como las creencias de la persona en relación con sus potencialidades personales para organizar y emprender las acciones que se requieren para producir los resultados que se esperan.

Tomando como base como base la teoría sociocognitiva del yo han surgido diferentes modelos para tratar de explicar la existencia del burnout.

- *Modelo de Harrison (1983).*

Este autor se basa en que la competencia y la auteficacia percibida son elementos fundamentales en la instalación del síndrome de *burnout*. Un gran número de individuos los que su trabajo les exige servicio tienen un sentimiento elevado de altruismo. Pero esta motivación puede verse afectada por algunos factores como la sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol, entre otras, que

dificultan la obtención de las metas, disminuyen la autoeficacia percibida y terminan generando el síndrome de *burnout*.

- *Modelo de Pines (1993)*.

El autor señala que el síndrome de *burnout* se origina cuando el trabajador busca el sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Menciona que las personas le dan sentido a su trabajo por medios de tareas de índole humanitarias. Este modelo es motivacional y postula que sólo se ven afectadas personas con altas motivaciones y expectativas ya que un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a padecer un síndrome de *burnout*.

Por lo tanto, Pines sostiene que el síndrome de *burnout* es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones estresantes junto con elevadas expectativas del ámbito laboral, por este motivo el síndrome de *burnout* sería un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación de la persona se ha visto afectada drásticamente.

- *Modelo de Cherniss (1993)*.

Cherniss menciona que la obtención independiente y exitosa de los objetivos aumenta la eficacia de la persona. Sin embargo, el no lograr las metas propuestas conlleva al fracaso psicológico, es decir, a una reducción de la autoeficacia percibida, y finalmente, origina el síndrome de *burnout*.

En cambio, los individuos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen inferiores probabilidades de padecer el síndrome de *burnout*, ya que por su creencia de que pueden afrontar situaciones problemáticas, experimentan menos estrés.

- *Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).*

Thompson et al. resaltan cuatro factores incluidos en la génesis del síndrome de *burnout* y mencionan que la autoconfianza desarrolla un rol importante en este proceso. Los factores son:

- a) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos de la persona.
- b) El nivel de autoconciencia.
- c) Las expectativas del éxito personal.
- d) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que la autoconfianza en el ámbito profesional y su influencia sobre la autorrealización en el trabajo son los factores determinantes para la génesis del síndrome de *burnout*.

3.1.3.2. Modelo basado en las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos plantean que cuando las personas interactúan da inicio a un proceso de comparación social. A raíz de esa comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que aumentaría el riesgo a desarrollar el síndrome de *burnout*.

Los modelos que se orientan por este rubro de investigación son el Modelo de Bunnk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Hobfoll y Freddy (1993).

- *Modelo de Bunnk y Schaufelli (1993).*

Este modelo se originó para dar explicación al síndrome de burnout en enfermeras. Los autores mencionan que la etiología del síndrome de *burnout* se refiere al proceso de interactuar con el paciente y resaltan los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros del trabajo.

Según estos autores existen tres fuentes generadoras de estrés que están vinculadas a los procesos de intercambio social:

- a) La incertidumbre, es la pérdida o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- b) La percepción de equidad, se refiere al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe al momento de relacionarse.
- c) La falta de control, se explica como la posibilidad del colaborador para controlar los resultados en su accionar laboral.

Con respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores refieren que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de sus compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser categorizados como incompetentes.

- *Modelo de Hobfoll y Freedy (1993).*

La teoría de conservación de recursos postula que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada conlleva al estrés y este puede producir el síndrome de *burnout*. Según este modelo, para reducir los niveles del síndrome de *burnout* se deben aumentar las motivaciones financieras de los empleados y, de esta manera, disminuir la posibilidad de perderlos. Además, se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el objetivo de reducir los niveles de estrés percibido y por ende del síndrome de *burnout*.

3.1.3.3. Modelos basados en la Teoría Organizacional.

Tienen la característica de basarse exclusivamente en los agentes estresores en el contexto organizacional y de las estrategias de afronte que utilizan los colaboradores ante el síndrome de *burnout*. Según estos modelos, las variables implicadas en el desarrollo del síndrome de *burnout* son las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional, y la forma de afrontar las situaciones estresantes. Asimismo, las causas varían dependiendo de la estructura organizacional y del compromiso organizativo

del apoyo de los colaboradores. Por ejemplo, el síndrome de *burnout* se puede aparecer por agotamiento emocional en una organización burocrática, mecánica y de comunicación vertical, mientras que en organizaciones con burocracias con profesionales de la salud, puede aparecer el síndrome de *burnout* por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

- *Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).*

Este modelo propone que para que se instale el síndrome de *burnout* ha tenido que pasar por procesos previos, en la que la ocurrencia de una aumenta el desarrollo del otro. La despersonalización es la primera fase que origina el síndrome de *burnout*, seguida por la baja realización personal y, finalmente, el aumento del agotamiento emocional.

Uno de los postulados más relevantes de este modelo señala la relevancia de las disfunciones del rol-pobreza, conflicto y ambigüedad del rol en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la fase inicial, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de autocontrol, esto genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una percepción negativa de su autoimagen. En la siguiente fase, la persona hace uso de sus mecanismos de afronte evocativos para enfrentar estresante del ámbito organizacional, este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza, sin obviar la empatía o con cinismo. Si se desarrollan actitudes de despersonalización, como el cinismo, se genera el síndrome de *burnout*. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para culminar en agotamiento emocional.

- *Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)*

Este modelo menciona que el *burnout* es un hecho único que está presente en las profesiones de índole humanitaria y que el agotamiento emocional es una dimensión importante de dicho síndrome. Para este modelo, la despersonalización es considerada una

estrategia de afronte ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el colaborador. En este apartado también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el contexto organizacional.

- *Modelo de Winnubst (1993).*

Winnubst plantea que el síndrome de *burnout* surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por este motivo, la etiología del síndrome de *burnout* estaría influenciada por los inconvenientes relacionados a la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993) la cultura de la organización está determinada por su estructura y por esta razón los antecedentes del síndrome de *burnout* variarán en función del tipo de cultura organizacional y compromiso laboral del apoyo social. Asimismo, al estar estrechamente interrelacionado el apoyo social con la estructura de la organización, este es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto con respecto a la estructura de dicha organización y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles del síndrome de *burnout*. Este autor asegura que el síndrome *burnout* puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.

Este autor considera que el exceso de estandarización de métodos de trabajo y conformidad con normas muy rígidas genera un ambiente predisponente para la aparición del síndrome de *burnout*, en comparación a aquel clima laboral en el que se estandarizan las habilidades, y se fomenta la creatividad y la autonomía. Además, refiere que los entornos que propician la rutina por su estructura y sistemas de procedimientos, la monotonía y la falta de control pueden de igual forma desarrollar el síndrome, aunque aquellos más libres enfocados en la estandarización de habilidades también pueden

generarlo en situaciones en las cuales se den ambigüedades de rol, conflictos personales o falta de una estructura. En cualquier sistema organizacional, el apoyo social entre colaboradores es relevante para el evitar que se origine el *burnout* pero la falta de este contribuye al síndrome.

3.1.3.4. Modelo basado en la Teoría Estructural.

- *Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).*

Este modelo explica el origen del síndrome de *burnout* teniendo en cuenta variables organizacionales, personales y estrategias de afrontamiento. Este modelo afirma que el síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés laboral percibido y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Dicha respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, como por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.

3.1.3.5. Modelo de Maslach y Jackson

Se describe al *burnout* como síntomas de fatiga, insensibilidad y sentimientos de ineficacia personal, y puede aparecer principalmente en profesiones que trababan con personas y se implican en los problemas de éstas. Cuando se dice que el profesional está “quemado” se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación. Las dimensiones del síndrome de burnout según este modelo son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

3.1.4. Factores de Riesgo.

La inclusión de los trabajadores en los procesos de producción junto con los cambios tecnológicos que permitieron el aumento de empresas, productividad y beneficios, ha hecho vulnerables a los colaboradores ante una exposición de cargas que pueden ser de

índole físico o emocional, estas sobrecarga ha estado causando impactos negativos en la salud de los empleados.

Asimismo, el estrés en el trabajo es debido a la inserción del individuo al contexto laboral, porque el trabajo puede representar una fuente de satisfacción o insatisfacción personal. Esto ocurre cuando el ambiente de trabajo se percibe como una amenaza para el individuo, lo que refleja en el nivel personal y profesional, con mayores exigencias que su capacidad de afrontamiento. La aparición de nuevas enfermedades relacionadas con los cambios introducidos en el lugar de trabajo ha sido muy señalado en la producción científica en las últimas décadas (Pereira y Gasparino, 2013).

Por otro lado, Palazzo, Carlotto y Aerts (2012) aseguran que el síndrome de *burnout* resulta de la tensión diaria que el trabajo requiere, en especial cuando es excesiva la presión, así como los conflictos, pocas recompensas emocionales y el reconocimiento. Además, uno de los aspectos clave para la aparición del síndrome de estar quemado por el trabajo es la falta de un sentido de comunidad en organizaciones, así como la falta de calidad en las interacciones interpersonales, la presencia conflictos constantes, falta de apoyo, grupos cerrados y dificultades en el trabajo equipo.

En general, cualquier actividad humana puede desencadenar un proceso de agotamiento, sin embargo, se han identificado algunas profesiones como predisponentes para padecer el síndrome de *burnout*. Las ocupaciones de mayor riesgo son aquellas cuyas actividades están dirigidas a las personas y que implica un contacto muy estrecho, preferentemente de índole emocional (Benevides-Pereira, 2002).

Se han tenido en cuenta cuatro factores de riesgo para el desarrollo del *burnout*: la organización, el individuo, el trabajo y la sociedad, los cuales fueron planteados por Trigo, Teng y Hallak, (2007).

- Entre la organización se encuentran: la burocracia, la falta de autonomía, cambios organizativos, en ocasiones la falta de confianza y respeto entre los miembros del equipo, comunicación ineficiente, entorno físico y sus riesgos.
- Los factores individuales incluyen: estándar personalidad, locus de control externo, individuos pesimistas, personas perfeccionistas, individuos controladores, individuos pasivos, personas muy preocupadas y algunas que llegan a idealizar la profesión, sexo, nivel educativo, estado civil.
- Dentro de los factores laborales: sobrecarga, bajo nivel de control actividad o monotonía laboral, sentimientos de injusticia e inequidad, por turno o trabajo nocturno, tipo de ocupación, y el conflictivo entre colegas.
- Factores sociales: la falta de apoyo social y la familia, los valores y las normas culturales.

3.1.5. Síntomas del síndrome de burnout.

En la literatura, es posible encontrar una extensa lista de síntomas asociados al *burnout*. Según Benevides-Pereira (2002) estos síntomas pueden ser subdivididos en físicos, psicológicos, conductuales y defensivos, que se enumeran a continuación:

- Síntomas físicos: fatiga constante y progresiva, trastornos del sueño, dolores musculares y óseos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, trastornos de inmunodeficiencia, trastornos respiratorios, cardiovasculares, disfunción sexual y cambios menstruales mujeres.
- Síntomas psíquicos: falta de atención, cambios en la memoria, pensamiento lentificado, sentimiento de alienación y soledad, la impaciencia, la sensación fracaso, baja autoestima, labilidad afectiva, dificultad para la auto aceptación, astenia, depresión, disforia, depresión, la desconfianza y la paranoia.

- Síntomas comportamentales: negligencia, irritabilidad, aumento de la agresividad, incapacidad para relajarse, dificultad para aceptar los cambios, pérdida de iniciativa, en algunos casos aumenta el consumo de sustancias (bebidas alcohol, café, tabaco, tranquilizantes, drogas ilícitas, etc.) y conductas de alto riesgo hasta llegar incluso al suicidio.
- Síntomas defensivos evidenciados en: tendencia al aislamiento, sentimiento de omnipotencia, pérdida de interés en el trabajo o incluso para el ocio, el ausentismo, la ironía, el cinismo.

Cabe mencionar que las manifestaciones sintomáticas dependerán de las características la persona, por ejemplo: la genética, así como la etapa en que la persona está propensa a desarrollar el síndrome de *burnout*. (Benevides-Pereira, 2012).

El mismo autor refiere que las personas que desarrollan el síndrome *burnout* están propensos a ser despedidos debido a una disminución de la calidad del servicio ofrecido, ya que estas personas invierten menos tiempo y energía en trabajo, haciendo sólo lo que es absolutamente necesario, así como presentar faltas frecuentes a sus centros de labores.

3.2. Psicólogo clínico.

3.2.1. Definición.

El psicólogo clínico y de la salud es definido como el profesional que aplica el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse (Carbonero y Fernández, 1995).

La comisión nacional de especial de España (1996) define a los psicólogos clínicos como los especialistas que se ocupan de la conducta humana y los fenómenos psicológicos y de las relaciones correspondientes a la salud-enfermedad de las personas.

El colegio oficial de psicólogos de España (1998) define a los psicólogos clínicos como aquellos que aplican los principios de la psicología clínica y que, además, utilizan técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales.

Y para la comisión del mapa de la psicología clínica de Madrid (1985). El psicólogo clínico es el profesional de la psicología que utiliza herramientas de contacto cercano a la persona, básicamente orientación psicológica y psicoterapia, que tienen como propósito ayudar a modificar actitudes y conducta.

Por lo expuesto, se puede concluir que el psicólogo clínico es aquel profesional de la psicología que se encarga de la evaluación, tratamiento y modificación del comportamiento del individuo; para ello, se vale de técnicas e instrumentos psicológicos, asimismo, es el especialista de la salud que está más expuesto a las emociones que experimentan sus pacientes, sean positivas o negativas, debido al contacto cercano que tiene con ellos, en este sentido cabe mencionar que la mayoría de estos llegan a consulta con un estado de indefensión y abatimiento emocional.

3.2.2. Funciones del psicólogo clínico.

El psicólogo clínico concuerda en algunas de las funciones que realizan sus colegas, ya que ellos también tienen interés por la medición de las funciones conductuales y psicológicas, el diseño sistemático de la investigación, la comprobación empírica de las implicaciones de los modelos e hipótesis clínicas, y la evaluación y valoración de la efectividad de sus predicciones. El contenido empírico de este campo abarca aquellos aspectos de la ciencia psicológica relevantes para el diagnóstico y tratamiento de los

problemas de salud mental. Los mismos intereses que manifiesta el médico, relativos a una perspectiva unitaria (biopsicosocioespiritual) de la persona que presenta un trastorno mental, son compartidos plenamente por los psicólogos que ejercen su función profesional en este ámbito (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Del mismo modo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003) menciona que la función en una institución ya sea pública o privada de un psicólogo clínico es la de un profesional especialista que labora dentro de un equipo multidisciplinario, aunque en algunos casos no reconocen el nivel laboral.

3.2.3. Ámbitos de actuación de los psicólogos clínicos.

Seguidamente se mencionarán algunos de los lugares específicos en los que el psicólogo clínico tiene la facultad de laborar:

- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria.
- Equipos de salud mental
- Unidades de salud mental del hospital general.
- Hospitales
- Centros de voluntariado o centros de organizaciones no gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Otras instituciones (Centros educativos, equipos de psicología clínica en el ejército, etc.).

4. Definición de términos

- Síndrome de burnout: Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) definen burnout como un síndrome psicológico a consecuencia de un estresor interpersonal, que aparece en el contexto laboral y se le desglosa como un constructo trifactorial.

Dichos factores son el agotamiento emocional, conductas de despersonalización o cinismo hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de realización personal.

- Psicólogo clínico: Según la comisión nacional de la especialidad de psicología clínica (CNEP, 2009) señala que los especialistas en psicología clínica son los encargados de tratar el comportamiento, los fenómenos psicológicos y de las relaciones humanas incluidos en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Su objetivo es el desarrollo y la aplicación de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, comprender, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos mentales, alteraciones y trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, malestar y enfermedades en todos los aspectos de la vida humana, así como la promoción de la salud y el bienestar personales y de la sociedad.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Método de la investigación

Esta investigación es de diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo. No experimental porque no se manipularon las variables, de alcance descriptivo porque se describe la problemática de la variable de estudio y de corte transversal porque la recolección de datos se realizaron en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2. Variable de la investigación

2.1. Identificación de la variable.

2.1.1. *Síndrome de Burnout.*

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) definen *burnout* como un síndrome psicológico a consecuencia de un estresor interpersonal, que aparece en el contexto laboral y se le desglosa como un constructo trifactorial. Dichos factores son el agotamiento emocional, conductas de despersonalización o cinismo hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de realización personal.

2.2. Operacionalización de la variable.

A continuación, en la tabla 2 se define operacionalmente al síndrome de *burnout*.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de síndrome de burnout

Definición operacional	Dimensión	Ítems	Categorías de respuestas
Los niveles de síndrome de <i>burnout</i> se miden a través del Inventario de Burnout de Maslach (IBM), cuya finalidad es evaluar las tres variables del estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.	Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año
	Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	2 = Una vez al año 3 = Pocas veces al mes 4 = Una vez a la semana
	Baja realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días

3. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se realizó en establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana. La investigación inició en marzo del 2015 y finalizó en febrero del 2016.

4. Participantes

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, lo que significa que no todos los individuos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, sino que fueron seleccionados por conveniencia puesto que se escogieron de acuerdo a las necesidades del estudio.

4.1. Criterios de inclusión y exclusión.

4.1.1. Criterios de inclusión.

- Ser psicólogos que laboren en el servicio de psicología de un centro de salud peruano.
- Aceptación del consentimiento informado.

- La edad debe oscilar entre los 30 y 65 años.
- Los profesionales deben contar con colegiatura.
- Especialidad en psicología clínica.

4.1.2. Criterios de exclusión.

- Psicólogos que no acepten el consentimiento informado.
- Menores de 30 y mayores de 65 años.
- Los psicólogos que tengan menos de cinco años de experiencia.

Características de la muestra

Tabla 2

Análisis de la frecuencia de las características de la muestra

Variables	Categoría	n	%
Género	Femenino	31	59.6%
	Masculino	21	40.4%
Edad	25-30 años	6	11.5%
	31-50 años	36	69.2%
	51 años a más	10	19.2%
	Soltero(a)	13	25%
Estado civil	Casado(a)	31	59.6%
	Conviviente	1	1.9%
	Divorciado(a)	2	3.8%
	Viudo(a)	5	9.6%
Lugar de procedencia	Costa	44	84.6%
	Sierra	7	13.5%
	Selva	1	1.9%
Tiempo de experiencia	5-14 años	29	55.8%
	15-24 años	13	25%
	25-34 años	10	19.2%

En la tabla 2 se observa que el 59.6% de los participantes son de género femenino y el 40.4% pertenecen al género masculino. Asimismo, se aprecia que el rango de edad que más predomina es el de adulto con 69.2% de los psicólogos, cuyas edades oscilan entre 30 y 50 años. El 84.6% son provenientes de la costa, el 13.5% de la sierra y el 1.9% de la selva.

5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.1. Instrumentos.

5.1.1. *Inventario de Burnout de Maslach.*

Se usó para la recolección de datos el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) creado por Maslach y Jackson (1986) y validado por Gil-Monte y Peiró (1999) en una muestra multiocupacional de habla hispana con un índice de fiabilidad de 0.79. Este instrumento mide los niveles de síndrome e burnout en sus tres dimensiones: agotamiento emocional (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); despersonalización (ítems 5, 10, 11, 15 y 22) y realización personal (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). En la dimensión agotamiento emocional el puntaje máximo es de 54; en la dimensión despersonalización el puntaje máximo es de 30 y en la dimensión baja realización personal el puntaje máximo es 48. Las categorías para la interpretación son niveles bajos, medios y altos de burnout. Para la categorización de puntaje bajo los percentiles oscilan entre 1 y 25, el puntaje medio se obtiene con percentiles que varían entre 30 y 75 y los puntajes altos se obtienen con percentiles superiores a 75. Las respuestas se valoran en una escala de tipo Likert con siete opciones de respuesta (0-6) que varían desde “nunca” a “todos los días”.

Con respecto a la baremación del instrumento, se realizó los cortes y se determinó que los puntajes:

- Agotamiento emocional: 0-17 puntos (bajo), 18-36 (medio) y 37-54 (alto).
- Despersonalización: 0-4 puntos (bajo), 5-17 (medio) y 18-30 (alto).
- Realización personal 0-32 (bajo), 33-43 (medio) y 44-68 (alto).

El instrumento será de carácter anónimo. Contendrá en la primera parte ítems para recoger datos sobre características de la población como son: la edad el sexo, el estado civil, tiempo de servicio en el hospital, condición laboral entre otros.

Maslach y Jackson (1997) indican que las puntuaciones altas en agotamiento emocional y bajas en realización personal definen el síndrome, según criterios de percentiles.

Pando, Beltrán y Palomar (2015) mencionan que el índice de fiabilidad para Perú es 0.677, lo que indica una adecuada confiabilidad de la prueba. Y fue validado por estos autores para seis países de Latinoamérica, entre los cuales se encuentra Perú.

Para la presente investigación se realizó una ecuación en el programa estadístico SPSS 20, en primer lugar se recodificaron los datos, seguidamente se procesaron sólo los puntajes altos en agotamiento emocional, los puntajes altos en despersonalización y los puntajes bajos en realización personal (según lo especifica los criterios para que se instale el síndrome de *burnout* del IBM), como resultado de esa sumatoria se obtuvo el puntaje de 12, así el programa estadístico interpretó que los participantes que alcanzaban ese puntaje presentaron síndrome de *burnout*.

5.2. Proceso de recolección de datos.

En los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015 se visitó a los establecimientos de salud de Lima Metropolitana. Los cuales incluían entidades públicas y privadas. Para solicitar autorización y ejecutar el proyecto se hizo uso de un consentimiento informado en la parte posterior de las encuestas, ya que era complicado realizar una carta de autorización para cada entidad de salud, debido a que la muestra era escasa en estos centros y al difícil acceso a ellos, se optó por seguir este método.

Al momento de la entrevista personal con los psicólogos, en primer lugar, se les informó en qué consistía el proyecto, así como los beneficios y posibles desventajas al participar de la investigación, seguidamente se les indicó la consigna para la administración del inventario, la cual era: En esta página encontrará 22 frases relacionadas con los

sentimientos que Ud. experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando en los espacios la frecuencia con que ha tenido esos sentimientos de acuerdo con la escala que se indica a continuación. Como puede apreciar sus respuestas van a oscilar de 0 a 6.

Luego de esto, sólo los que aceptaron el consentimiento informado pudieron continuar con el desarrollo del inventario.

El rol de los investigadores fue proporcionar información de la problemática percibida en esta población de estudio. De esta manera, los participantes iban a poder contribuir con el avance de nuevas investigaciones en este ámbito.

6. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS 20 para Windows versión 2.0. Una vez recolectada la información se transfirió la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis, los resultados que se obtengan fueron ordenados en tablas, cuya interpretación permitió evaluar y verificar las hipótesis planteadas.

Capítulo IV

Resultados y discusiones

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo.

1.1.1. Niveles de burnout según dimensiones.

Con respecto a la dimensión agotamiento emocional, en la tabla 3 se aprecia que el 53.8% de los participantes se posicionaron en la categoría alto, lo que significa que presentan fatiga o falta de energía al momento de realizar sus actividades en el trabajo así como sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Además el 25.3% evidencia un nivel medio de agotamiento emocional y el 13.5% denotó niveles bajos. Seguidamente, en la dimensión despersonalización se observa que el 46.2% de los participantes se ubicaron en el nivel alto. El 40.4% presentó niveles medios de despersonalización, denotando un desarrollo de actitudes negativas hacia los demás. Finalmente, en la dimensión realización personal se evidencia que la mitad de los encuestados se ubican en niveles medios; también se encontró que el 36.5% de personas poseen nivel altos de realización personal y sólo el 13.5% denota niveles bajos de realización personal, esto indica que la mayoría de los psicólogos perciben que se están obteniendo satisfactoriamente logros en su trabajo.

Tabla 3

Niveles de burnout según dimensiones

	Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Agotamiento Emocional	28	53.8%	17	32.7%	7	13.5%
Despersonalización	24	46.2%	21	40.4%	7	13.5%
Realización Personal	19	36.5%	26	50%	7	13.5%

1.1.2. Nivel de agotamiento emocional según datos sociodemográficos.

Agotamiento emocional según sexo

En la tabla 4 se aprecia que el 51.6% de mujeres y el 57.1% de varones presentan niveles altos de agotamiento emocional; esto quiere decir que la mayoría de psicólogos presentan fatiga, cansancio emocional y la sensación de que sus recursos emocionales se han agotado para afrontar las exigencias en su entorno laboral.

Tabla 4

Agotamiento emocional según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Bajo	3	14.3%	4	12.9%
Medio	6	28.6%	11	35.5%
Alto	12	57.1%	16	51.6%

Agotamiento emocional según edad

En la tabla 5 se observa que la mayoría de los psicólogos lograron puntajes altos en agotamiento emocional. Asimismo, el 55.6% de los adultos entre 31 y 50 años, el 50% de los adultos entre 25 y 30 años, así como los participantes mayores de 51 años presentan un nivel alto de agotamiento emocional, es decir perciben que se están agotando sus recursos emocionales, así como la sensación de sentirse fatigados o cansados en su centro de trabajo.

Tabla 5

Agotamiento emocional según edad

	Edad					
	25-30 años		31-50 años		Más de 51 años	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	2	33.3%	3	8.3%	2	20%
Medio	1	16.7%	13	36.1%	3	30%
Alto	3	50%	20	55.6%	5	50%

Agotamiento emocional según tiempo de experiencia

En la tabla 6 se aprecia que el 48.3% de la agrupación de 5-14 años, presenta niveles altos de agotamiento emocional y el 41.4% presenta puntajes medios. El 61.5% del grupo de 15-24 años también presenta niveles altos de agotamiento emocional. Asimismo, el 60% de los que tienen entre 25 y 34 años de experiencia presentaron niveles altos en esta dimensión. Estos resultados indican que la mayoría de psicólogos, sin importar los años de experiencia que tengan, presentan niveles altos de agotamiento emocional, es decir, los participantes presentan excesivo cansancio emocional y la sensación de que sus recursos emocionales de frente a situaciones estresantes se han agotado.

Tabla 6

Agotamiento emocional según tiempo de experiencia

	Tiempo de experiencia					
	5-14 años		15-24 años		25-34 años	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	3	10.3%	2	15.4%	2	20%
Medio	12	41.4%	3	23.1%	2	20%
Alto	14	48.3%	8	61.5%	6	60%

1.1.3. Nivel de despersonalización según datos sociodemográficos.

Despersonalización según sexo

En la tabla 7 se aprecia que el 47.6% de los participantes varones evidencian altos niveles de despersonalización, seguidos del 33.3% que evidencian niveles medios de

despersonalización, y un 19% se ubicó en la categoría de bajo. Con respecto a las mujeres el 45,2% presentaron niveles alto y medio de despersonalización y sólo el 9.7% alcanzó niveles bajos de despersonalización, lo que indica que el mayor porcentaje de psicólogos, de género masculino y femenino, desarrollan conductas de insensibilidad emocional hacia los demás, con falta de empatía.

Tabla 7

Despersonalización según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Bajo	4	19%	3	9.7%
Medio	7	33.3%	14	45.2%
Alto	10	47.6%	14	45.2%

Despersonalización según edad

En la tabla 8 se observa que el 50% de los participantes con edades entre 20 y 30 años presenta niveles medios de despersonalización; un 33.3% evidencia niveles bajos y sólo un 16.7% denota niveles altos. El cuanto a las personas con edades entre 31 y 50 años, se obtuvo que el 55.6% se ubicó en un nivel alto, el 36.1% en niveles medios y 8,3% en el nivel bajo. Finalmente, la mitad de los participantes de 51 años a más obtuvo puntajes medios en despersonalización, un 30% alcanzó niveles altos y un 20% logró niveles bajos de despersonalización. Es decir, que los participantes que experimentan niveles altos de despersonalización suelen mostrarse emocionalmente insensibles y con conductas de empatía en comparación a sus colegas que presentan niveles bajos.

Tabla 8

Despersonalización según edad

	Edad					
	25-30 años		31-50 años		Más de 51 años	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	2	33.3%	3	8.3%	2	20%
Medio	3	50%	13	36.1%	5	50%
Alto	1	16.7%	20	55.6%	3	30%

Despersonalización según tiempo de experiencia

En la tabla 9 se aprecia que el 41.4% de los participantes que tienen entre 5 y 14 años de experiencia presentan niveles altos y medios de despersonalización y el 17.2% puntajes bajos. Además, se aprecia que el 61.5% del grupo de 15-24 años de experiencia evidencia niveles altos de despersonalización. Estos resultados muestran que el mayor porcentaje de los participantes se ubicó en niveles medios y altos de despersonalización, evidenciándose que desarrollan conductas negativas, siendo faltos de empatía.

Tabla 9

Despersonalización según tiempo de experiencia

	Tiempo de experiencia					
	5-14 años		15-24 años		25-34 años	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	5	17.2%	1	7.7%	1	10%
Medio	12	41.4%	4	30.8%	5	50%
Alto	12	41.4%	8	61.5%	4	40%

1.1.4. Nivel de baja realización personal según datos sociodemográficos.

Realización personal según sexo

En la tabla 10 se aprecia que el 58.1% de las mujeres presentan niveles medios respecto de realización personal; además, el 32.3% de las encuestadas revelan niveles altos en esta dimensión y sólo un 9.7% se presenta niveles bajos. Con respecto al género masculino, el 42.9% presenta un nivel alto de realización personal, el 38.1% evidencia niveles medios y

el 19% denota niveles bajo en esta dimensión. Lo que significa que la mayoría de los participantes perciben que se están obteniendo logros en su trabajo.

Tabla 10

Realización personal según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Bajo	4	19%	3	9.7%
Medio	8	38.1%	18	58.1%
Alto	9	42.9%	10	32.3%

Realización personal según edad

En la tabla 11 se observa que la mitad de los participantes con edades correspondidas entre los 20 y 30 años presentan niveles altos en realización personal, lo que significa que este grupo percibe que se están alcanzando logros significativamente en su profesión; el 33.3% evidencia niveles medios y el 16.7% niveles bajos. Ello implica que los participantes no sienten que se estén logrando beneficios en ningún ámbito con su profesión. Seguidamente, el 55.6% de los encuestados, cuyas edades oscilan entre los 31 y 50 años presentan niveles medios de realización personal, el 30.6% niveles altos y el 13.9% denota niveles bajos de realización personal. Finalmente, se aprecia que el 50% de los participantes de 51 años a más presentan niveles altos de realización personal, el 40% presenta niveles medios y el 10% evidencia una realización personal baja. Los resultados sugieren que la mayoría de los participantes con respecto a los tres grupos de edades sienten que se están alcanzando parcialmente logros en su profesión.

Tabla 11

Realización personal según edad

	Edad					
	25-30 años		31-50 años		51 años a más	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	1	16.7%	5	13.9%	1	10%
Medio	2	33.3%	20	55.6%	4	40%
Alto	3	50%	11	30.6%	5	50%

Realización personal según tiempo de experiencia

En la tabla 12 se aprecia que el 55.2% presenta niveles medios en realización personal, el 37.9% evidencia niveles medios y el 6.9% denota niveles bajos. El 38.5% de los participantes de edades entre 15 y 24 años denotan niveles medios de realización personal y un 30.8% presenta puntajes altos y bajos en esta dimensión. El 50% de los encuestados que tiene entre 25-34 años de experiencia evidencia niveles medios de realización personal, es decir, que perciben que se están logrando parcialmente beneficios con su profesión, el 40% presenta niveles altos y sólo el 10% denota niveles bajos, lo que implica que sólo un porcentaje inferior siente que no se están obteniendo logros en su ámbito laboral.

Tabla 12

Realización personal según tiempo de experiencia

	Tiempo de experiencia					
	5-14 años		15-24 años		25-34 años	
	n	%	N	%	n	%
Bajo	2	6.9%	4	30.8%	1	10%
Medio	16	55.2%	5	38.5%	5	50%
Alto	11	37.9%	4	30.8%	4	40%

1.1.5. Presencia de burnout

Presencia de burnout

En la tabla 13 se aprecia que el 90.4% de los participantes carecen de *burnout* y que sólo el 9.6% presentan síndrome de *burnout*. Lo que indica que la mayoría de los encuestados no presentan el síndrome de estar quemado por el trabajo.

Tabla 13

Presencia burnout

	n	%
Ausencia de burnout	47	90.4%
Presencia de burnout	5	9.6%

1.1.6. Presencia de burnout según datos demográficos.

Presencia de burnout según sexo

En la tabla 14 se aprecia que el 90.5% de los participantes hombres no presentaron *burnout*, asimismo el 90.3% de las participantes mujeres tampoco presentan *burnout*. Sólo el 9.5% de los participantes varones tienen *burnout* y el 9.7% de las psicólogas evidenciaron la presencia de *burnout*.

Tabla 14

Presencia burnout según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N	%	n	%
Ausencia de burnout	19	90.5%	28	90.3%
Presencia de burnout	2	9.5%	3	9.7%

Presencia de burnout según edad

En la tabla 15 se observa que el 100% de los participantes con edades entre 20 y 30 años no presentan *burnout*; además, el 90.3% del grupo de edades entre 31-50 años tampoco presenta *burnout* y el 90.4% del grupo cuyas edades van desde los 51 años a más

evidencia carencia de *burnout*. Por otro lado, sólo el 11.1% de psicólogos con edades entre 31-50 años presentan *burnout* así como el 10% de los que tienen más de 51 años.

Tabla 15

Presencia burnout según edad

	Edad					
	25-30 años		31-50 años		51 años a más	
	n	%	n	%	n	%
Ausencia de burnout	6	100%	32	90.3%	9	90.4%
Presencia burnout	0	0%	4	11.1%	1	10%

Presencia de burnout según tiempo de experiencia

En la tabla 16 se aprecia que el 100% del grupo, correspondiente a 5-14 años de experiencia, no presentan síndrome de *burnout*. El 69.2% del grupo de 15-24 años de experiencia no presenta *burnout*, pero un 30.8% sí lo presenta. Por último, se observa que el 90% del grupo de 25-34 años de experiencia no presentan *burnout* y sólo un 10% lo presenta.

Tabla 16

Presencia burnout según tiempo de experiencia

	Tiempo de experiencia					
	5-14 años		15-24 años		25-34 años	
	n	%	n	%	n	%
Ausencia de burnout	29	100%	9	69.2%	9	90%
Tiene burnout	0	0%	4	30.8%	1	10%

2. Discusión

Con respecto a la existencia del *burnout* en psicólogos clínicos, la mayoría de los participantes evidencian ausencia del síndrome de *burnout* (90.4%), lo que significa que este porcentaje mayoritario de los psicólogos clínicos no está afectado por el síndrome. Además, cabe mencionar que a pesar de que los psicólogos clínicos presentaron fatiga

emocional, así como sensación de que sus recursos emocionales se han agotado y que empezaron a desarrollar actitudes de insensibilidad hacia los demás, presentando conductas carentes de empatía sienten que están alcanzando logros en su profesión. Asimismo, es necesario indicar que los psicólogos que no presentaron síndrome de *burnout* evidenciaron no tener las condiciones necesarias para que se desarrolle este síndrome; es decir, sus niveles de agotamiento emocional y despersonalización fueron bajos y mostraron niveles óptimos de realización personal. En este sentido, es relevante indicar que los participantes con puntajes medios en realización personal (38.1% de los varones y 58.1% de las mujeres) están propensos a padecer el síndrome del estar quemado, ya que al no manejar adecuadamente las situaciones laborales estresantes, percibir que no se están obteniendo satisfactoriamente logros en su trabajo puede ser un factor generador de *burnout* (Winnubst, 1993). Estos resultados son similares a los obtenidos por Gallegos, Velarde y Shimizu (2014) en Arequipa-Perú, quienes en una muestra de 110 psicólogos encontraron que el 83,73% no presentaron el síndrome de estar quemado por el trabajo.

Con respecto a los psicólogos que presentaron el síndrome de *burnout*, se aprecia que sólo un 9.6% de los participantes presentó el síndrome, el cual no es significativo para generalizar en esta población. Es decir, que este menor porcentaje presentaban fatiga crónica, falta de sensibilidad con los demás y sentimientos de ineficacia así como la sensación de que no se obtienen logros en el trabajo lo cual significa que estos psicólogos afectados por el síndrome evidencian consecuencias personales, como emocionales, psicológicas y fisiológicas; sociales como conflictos con sus paciente, compañeros de trabajo y/o familia; y para la organización como ausentismos, disminución del rendimiento laboral, quejas de los pacientes, etc.

Además, es importante destacar que la deseabilidad social pudo haber interferido en las respuestas de los participantes ya que pudieron elegir la respuesta más conveniente o más

deseable, manipulando de esta manera la información y alterando los resultados con respecto a la presencia del síndrome de *burnout*. Esto se puede explicar ya que los participantes encuestados pertenecen a instituciones públicas de salud, y por lo tanto, cumplen un cargo y tienen superiores en su jerarquía institucional. Entonces, se puede inferir que como trabajadores de una institución pueden sentir temor a que su desempeño profesional no sea el adecuado ya que se sienten agotados y en algunos casos presentan conductas de insensibilidad hacia los demás. Esta conducta puede tener diversos fines como ofrecer una buena impresión a los demás, el beneficio propio o beneficiar a otros, evitar un castigo o por el solo hecho de mantener una buena interacción social al no herir susceptibilidades (Martínez y Selva, 2005).

Con respecto a los niveles de agotamiento emocional en los psicólogos clínicos, se halló que el 53,8% obtiene puntajes que los ubican en niveles altos y un 32.7% logró puntajes moderados en esta dimensión, lo que indica que más de la mitad de los participantes se sienten cansados, fatigados emocionalmente y con la sensación de que se agotaron sus recursos emocionales. Esto se debe a que al ser la psicología una profesión de servicio, puede ser también una fuente de riesgo psicosocial debido a que en sus actividades el profesional mantiene una relación cercana con sus pacientes y esta relación implica que el psicólogo a menudo pueda llegar a mezclar los problemas emocionales de sus pacientes en su vida personal (Ortiz y Ortega, 2009). Además, de acuerdo con Benevides et al. (2002) los conflictos por intereses de la organización, familia, compañeros de trabajos y los de las personas que atiende suelen suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo, esto puede evidenciarse en actitudes como el sentirse cansado al momento de levantarse por la mañana y tener que enfrentarse a otro día de trabajo, ya que se sabe que cuando una persona descansa se llena de nuevas energías que le sirven para desempeñarse, adecuadamente, en su contexto laboral, pero cuando el individuo percibe a su trabajo como

un factor estresante y por lo tanto amenazante, se siente agotado y desanimado para retomar las actividades pertinentes y empezar una nueva jornada laboral.

En relación al nivel de despersonalización en los psicólogos clínicos, se aprecia que el 46.2% y 40.4% han alcanzado niveles altos y promedios respectivamente. Estos puntajes indican que la mayoría de los psicólogos presentan una respuesta insensible e impersonal hacia sus pacientes, así como evidencian una conducta carente de empatía. En este sentido, se entiende que los psicólogos clínicos optan por alejarse del paciente para no involucrarse emocionalmente con ellos y de esta forma protegerse del agotamiento emocional, denotando que han activado sus mecanismos de defensa ante situaciones estresantes y evidenciaron que no tienen un adecuado manejo de las situaciones que perciben como amenazantes, esto es confirmado por Benevides et al. (2002) quienes aseguran que mientras más alto sea el nivel de despersonalización, menores son los síntomas psicossomáticos que ellos refieren como dolores de cabeza, contractura muscular, fácil irritabilidad o dificultad del control de la agresividad. En una investigación similar realizada por Andrade (2009), en Brasil, en una muestra de 915 psicólogos entre clínicos y educativos, se reveló que un 41,3% de psicólogos alcanza niveles altos de despersonalización. Se concluyó que actitudes de despersonalización se ponen en manifiesto cuando el profesional de la salud tiene dificultades para comprender adecuadamente cómo se siente el individuo al que brinda un servicio; asimismo, presenta conductas de despreocupación por sus pacientes, llegando al punto de darles una respuesta falta de sensibilidad y por este motivo perturbar la relación existente entre ambos, lo que afectará el desarrollo adecuado del tratamiento psicológico brindado al paciente.

Con respecto al nivel de realización personal de los psicólogos clínicos, cabe mencionar que los psicólogos, en su mayor parte, evidencian elevados niveles de realización personal, es decir, que un 36.5% logró puntajes altos y el 50% de los

psicólogos alcanzó promedios, lo que quiere decir que los profesionales de la salud no revelaron una tendencia a descalificarse, ni a evaluarse negativamente, ni a sentirse insatisfechos con respecto a los resultados laborales que obtenían. Es decir, que los psicólogos perciben que están obteniendo logros en todo ámbito en su contexto laboral, así como la sensación de ser competentes y exitosos en su trabajo, lo que se puede considerar como un factor protector del estrés y de los malestares que genera el síndrome de *burnout*. Asimismo, cabe mencionar el aporte de Benevides et al., (2002); Moreno et al., (2006); Turcios (2008) y Ortiz y Ortega (2009) quienes arguyen que son muy pocos los psicólogos que presentan bajos niveles de realización personal, es decir, que a pesar de sentirse fatigados en su trabajo y presentar conductas faltas de sensibilidad, logran percibir satisfacciones en su ámbito laboral, lo que ayuda a proteger su bienestar psicoemocional.

Conclusiones

Con respecto al objetivo general, se halló que el 90.4% de los psicólogos clínicos no presenta el síndrome de *burnout*. Es decir, que a pesar de evidenciar fatiga emocional y conductas de insensibilidad hacia sus pacientes, se sienten realizados profesionalmente, no cumpliendo las condiciones para que se instale el síndrome de *burnout*.

En cuanto al nivel de agotamiento emocional en los psicólogos, se evidenció que el 53.8% poseía niveles altos en esta dimensión y un 32.7% se ubicó en puntajes medios de agotamiento emocional. Se evidencia que la mayoría de los psicólogos presentan cansancio emocional con la sensación de que sus recursos de afronte a situaciones estresantes, se agotaron.

En lo que respecta a los niveles de despersonalización, un 46.2% de los psicólogos denota niveles altos y un 40.4% mostró niveles promedios en esta dimensión. Es decir, la mayor parte de los participantes presentan actitudes de insensibilidad emocional con conductas carentes de empatía, como mecanismo de defensa para no involucrarse con las dificultades emocionales del paciente.

Con respecto al nivel de realización personal en los psicólogos clínicos se evidencia que un 36.5% obtiene puntajes altos y un 50% alcanzó niveles medios de realización personal, lo que indica que el mayor porcentaje de esta población se siente satisfecho en su contexto laboral, no presentan sentimientos de ineficacia y perciben que se están alcanzado logros satisfactoriamente en su trabajo.

Recomendaciones

Estudiar el síndrome de burnout con otros factores que pueden intervenir como la personalidad, apoyo social, estilos de afrontamiento, etc.

Considerar para futuros estudios descriptivos variables sociodemográficas como las horas de trabajo a la semana, cargo que ocupan, si tienen vivienda propia, cuántos trabajos tiene, carga familiar, etc. Así como ampliar el número de participantes para poder amplificar la generalización de resultados.

Fomentar la utilización de pausas activas, actividades de recreación y esparcimiento en las instituciones como factor protector ante el síndrome de burnout, ya que permitirá la preservación en la salud física y mental de los colaboradores.

Ampliar el campo de aplicación y validación del instrumento IBP (Inventario de Burnout en Psicólogos) para poblaciones distintas a los que participaron en la presente investigación, considerando que no está validado en el Perú ni se ha utilizado en investigaciones a nivel nacional.

Asistir a talleres de prevención del estrés laboral y de asertividad, así como instruirse en el adecuado manejo de situaciones estresantes y que los psicólogos fortalezcan sus habilidades sociales.

Referencias

- Aguirre, M. y Montedónico P. (2009). *Delitos Sexuales: Reflexiones acerca de las intervenciones psicológicas*. Chile: Universidad de Chile.
- Alarcón L. y Muñoz A. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Alvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 11 (39). 257-265. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Andrade, K. (2009). Burnout em psicólogos (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de http://tede.pucrs.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=708.
- Apiquian, A. (2007). El síndrome de burnout en las empresas. Presentación realizada en el tercer congreso de escuelas de psicología de las universidades Red Anáhuac. Congreso llevado a cabo en la Universidad Anáhuac México Norte: México. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-28861/sindrome%20burnout.pdf>
- Arauco, G. (2008). Síndrome de Burnout en Enfermeras del Hospital Nacional Especializado Víctor Larco Herrera (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Perú.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory Behavioral Change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>

- Benavides, A., Porto, P. y Basso, P. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/41528961_Sndrome_de_Burnout_en_psicologos_clnicos
- Benevides-Pereira, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & Gutiérrez, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el "inventario de Burnout de psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, 257–283. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618090002>
- Benavides-Pereira (2002). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 24(2), 65-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/946/94612361012.pdf>
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W.B. (Ed.). (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. London: Taylor & Francis.
- Carbonero, I. y Fernandez, J. (1995). El perfil profesional del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del Psicólogo*. 1(63), 22-56. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2014-02-07-Perfil%20psicologia%20clinica%20y%20de%20la%20salud.pdf>
- Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. London: Taylor & Francis.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (2009). Boletín oficial del estado. Ministerio de sanidad y política social. 146(3), 51210-51236. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/17/pdfs/BOE-A-2009-10107.pdf>

- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: Ed. Colegio Oficial de Psicólogos de España. Recuperado de <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Colegio Nacional de Especialidades Médicas (1996). *Psicología clínica. Guía de formación de especialistas*. Recuperado de http://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Psicologia_Clinica.pdf
- Comisión del Mapa de la Psicología Clínica de Madrid (1985). Definición del psicólogo clínico y funciones que desempeña. *Papeles del Psicólogo*, 20(13). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003). *Psicología clínica y Psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. London: Taylor & Francis.
- Del Río, Perezagua y Vidal (2003). El síndrome de burnout en enfermeros/as del hospital virgen de la salud de Toledo. *Enfermería en cardiología*, 10(29), 24-29. Recuperado de <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2901.pdf>
- De Sousa, A. (2005). La OMS considera que el estrés laboral es una grave epidemia. VII Congreso Iberoamericano de Medicina del Trabajo. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.
- Durruty, P. (2005). *Ejes de Autocuidado para el Psicoterapeuta orientado a la Prevención del Síndrome de Burnout desde la Perspectiva de la Asertividad Generativa*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile, Chile:). Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/durruty_p/html/index-frames.html

- El Comercio. (2009). El 78% de los trabajadores peruanos confesó haber sufrido de estrés laboral. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/negocios/78-trabajadores-peruanos-confeso-sufrido-estres-laboral-noticia-382259>
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial*. 1(160), 1-4. Recuperado de http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- Gallegos, W., Velarde, O. y Shimizu, E. (2014). Síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos de la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista psicológica*. 4(4), 25-42. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2015/03/Sindrome-de-burnout-y-afrontamiento-en-psicologos.pdf>
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. España: Ediciones Pirámide.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2007). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhe*. 17(2), 67-78. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n2/art06.pdf>
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C., (2008), Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del estrés traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Revista Terapia Psicológica*, 27(1), 73-81. Recuperado de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100007

Golembiewski, R. Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/13033966_Phases_of_progressive_burnout_and_their_work_site_covariants_critical_issues_in_OD_research_and_praxis

Habilidades para la Promoción de la salud Mental y Prevención del Estrés. [Recorte de prensa de una revista no identificada de Módulos de Capacitación Dirección General de Salud de las personas Programa de Salud mental]. Copia en posesión del Hospital Hermilio Valdizán.

Harrison, W. (1983). *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press

Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis

Isaac, García, Bosch, Méndez y Luque (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*. 23(2), 217-226. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Blanca%20Gabriela%20Isaac%20Otero.pdf>

Martínez Selva, J. (2005). *La psicología de la mentira*. Barcelona: Paidós

Maslach, C. y Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 2(1), 99-113. Recuperado de <http://gc.nesda.com.br/Conteudo/Arquivos/Biblioteca/Artigos%20T%C3%A9cni>

cos/Cognite%20Neuroscience%20and%20Burnout/measurement%20of%20exp
%20burnout.pdf

- Maslach C. y Jackson S. (1997). *Inventario "Burnout" de Maslach (1ªed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). *Job burnout. Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Doi: 0.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 189–192. Doi: 10.1111/1467-8721.01258.
- Maslach C. y Jackson S. (2009). *Maslach Burnout Inventory Manual (2ªed.)*. California: Consulting Psychologist Press Inc.
- Maslach, C., y Leiter, P. (1999). *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moreno-Jiménez, B., y Rodríguez-Muñoz, A. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16, 5–13. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/26472744_El_sindrome_de_burnout_en_una_muestra_de_psicologos_mexicanos_prevalencia_y_factores_sociodemograficos_asociados
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(1), 137-160. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

- Ortiga, L. y Fernández, G. (2001). *El burnout y los médicos. (1ª ed.)*. España: Ediciones Girona.
- Ortiz, G., y Ortega, M. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19. Retrieved from <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/godeleva-rosa-ortiz-viveros.pdf>
- Palazzo, L., Carlotto, M. y Aerts, D. (2012). Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1066-1073. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/en_ao3662.pdf
- Peiró, J. y Salvador, A. (1993). *Control del Estrés Laboral*. España: Editorial Eudema.
- Pereira, M. y Gasparino, R. (2013). Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Pesquisa*. 17(1), 128-132. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/18.pdf>
- Pines, A. (1993). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Radey, M. y Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35 (1), 207-214. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10615-007-0087-3#/page-1>
- Roothman, B. (2010). *Burnout and work engagement among South African psychologists*. North-West University. Recuperado de <http://dspace.nwu.ac.za/handle/10394/4992>
- Schaufeli, W., Leiter, M. y Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice*. *Career Development International*. 14(3), 204-220. Recuperado de <http://www.burnout.nl/docs/35-jaar-burnout-wetenschap-research-onderzoek-1973-2008.pdf>

- Silva, D., Figueiredo, M. y Sanches, R. (2008). *Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar*. Sao Paulo: Psicologia Hospitalar. 6(1), 39-51.
Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a04.pdf>
- Stavroula, L. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Soré, A., Pinheiro, L. y Sousa, S. (2012). Spiritual Well-Being and Burnout Syndrome in Psychologists or Public Hospitals in Joao Pessoa. *Revista Logos e Existência*.
Recuperado de <https://doaj.org/article/52c578baf30c44a1bd51130a05346ce2>
- Thompson, M., Page, S. y Cooper, C. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*. 9(4), 221-235. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-15302-001>
- Trigo, T., Teng, C. y Hallak, J. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34(5), 223-233.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>
- Torres, A. (2014). Estado actual de la terapéutica del síndrome de burnout. (Tesina para obtener el título de médico cirujano). Toluca, México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14447/1/Tesis.420312.pdf>
- Turcios M., (2008). *Estudio exploratorio sobre el síndrome del burnout en psicólogos del sistema judicial salvadoreño*. San Salvador: UTEC. Recuperado de <http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/47331.pdf>
- Valenzuela, A. (2010). Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco. (Tesis para optar el título profesional

de médico cirujano). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/240/1/valenzuela_ah.pdf

White, E. (1993). *Ministerio de Curación*. España: Editorial La Voz de la Noche.

Winnubst, J. (1993). *Organizational structure, social support and burnout*. Inglaterra: Taylor & Francis.

Yslado, R., Atoche, R., Cermeño, B., & Rodríguez, D. (2013). Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizacionales en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Concucho, Ancash, Perú -2012. *Revista IIPSI*, 16(1), 191–209. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/3927/3151>.

Anexos

Anexo 1

Tabla de fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach

Fiabilidad del inventario de burnout de Maslach

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 17 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (22 ítems) en la muestra estudiada es de ,730 que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo, se observa que las dimensiones han alcanzado puntajes que indican una fiabilidad aceptable.

Tabla 17

Estimaciones de consistencia interna del inventario de burnout de Maslach

Sub Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Agotamiento emocional	9	,862
Despersonalización	5	,655
Baja realización personal	8	,630
Burnout	22	,730

Anexo 2

Tabla de validez del Inventario de Burnout de Maslach

Validez de constructo sub test – test del inventario de burnout de Maslach

Como se observa en la tabla 18 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada una de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 18

Correlaciones sub test – test del inventario de burnout de Maslach

Dimensiones	Agotamiento Emocional	
	r	p
Agotamiento emocional	,709**	,000
Despersonalización	,709**	,000
Realización personal	-,393**	,004

Anexo 3

Instrumento utilizado

INVENTARIO MBI

DNI: Fecha: Sexo: (M) (F) Edad: Lugar donde labora: Tiempo de experiencia: Estado civil: Lugar de procedencia:

INSTRUCCIONES: En esta página encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que Ud. experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando en los espacios (cuadrado en blanco), la frecuencia con la que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala que se indica a continuación. Como puede apreciar sus respuestas van a oscilar de 0 a 6.

ESCALA DE FRECUENCIA DE LOS SENTIMIENTOS

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algunos días al año o menos	Un día al mes o menos	Algunos días al mes	Un día a la semana	Algunos días a la semana	Todos los días

Conteste a las frases indicando la frecuencia con la que Ud. ha experimentado ese sentimiento.

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

Modelo de validación por criterio de jueces

Lima, 18 de noviembre del 2015

Estimada:

Lic. Andrea Prado Anco

Presente:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZA para validar el contenido de un instrumento de medición. Instrumento que lleva por título:

“INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH”

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se hace entrega formal de la operacionalización de variables involucradas en el estudio, las tablas de especificaciones respectivas, el cuestionario y los formatos de validación, el cual deberá llenar de acuerdo a sus observaciones, a fin de orientar y verificar la claridad, congruencia, adecuado uso de palabras para el contexto y dominio de los contenidos para los diversos ítems del cuestionario.

Agradezco de antemano su receptividad y colaboración. Su apoyo me permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en la elaboración de mi tesis para la obtención del grado académico de Licenciado en Psicología.

Quedo de Ud. en espera del feedback respectivo para mi trabajo académico.

Muy atentamente:

Int. en Ps. Emerson Sánchez Mosqueira

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

Instrucciones

El Inventario de Burnout de Maslach es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: congruencia con el contenido, claridad en la redacción, uso de palabras en el contexto y dominio del constructo. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Jueza N° _____ Fecha actual: _____ Nombres y Apellidos de la

Jueza: _____

Institución donde labora: _____

Años de experiencia profesional o científica: _____

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

6) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

**OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO “INVENTARIO DE BURNOUT
DE MASLACH”**

**PRUEBA PARA LA EVALUACIÓN DEL INVENTARIO DE BURNOUT DE
MASLACH**

Objetivo General: Determinar el nivel de síndrome de burnout que tienen los psicólogos clínicos de establecimientos de salud de Lima Metropolitana.

Dimensiones del constructo	Ítems
Agotamiento Emocional Despersonalización Realización Personal	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. 2. Me siento cansado al final de mi jornada de trabajo. 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. 4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas. 5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos personales.

	<p>6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.</p> <p>7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.</p> <p>8. Me siento agotado por mi trabajo.</p> <p>9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.</p> <p>10. Siento que me he hecho más duro con la gente.</p> <p>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.</p> <p>12. Me siento muy activo.</p> <p>13. Me siento frustrado en mi trabajo.</p> <p>14. Creo que estoy trabajando demasiado.</p> <p>15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.</p> <p>16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.</p> <p>17. Fácilmente puede crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicio.</p> <p>18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con otras personas.</p> <p>19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.</p>
--	---

	<p>20. Me siento acabado.</p> <p>21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.</p> <p>22. Creo que las personas que trato me culpan con alguno de sus problemas.</p>
--	---

PRUEBA PARA LA EVALUACION DEL “INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH”

DEFINICION CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO

INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH:

Se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización. Por otro lado, se concluyó que el instrumento de medida para dicho síndrome sería el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO:

Agotamiento Emocional: Se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado.

Despersonalización: Es el desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo.

Realización Personal: La sensación de que se están obteniendo logros en su trabajo, con sentimientos de autoeficacia.

Anexo 4

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Presencia de burnout en psicólogos clínicos de establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana, 2015”

Investigador: Emerson Rafael Sánchez Mosqueira

Contacto del investigador: Celular = 999898549, correo = psico.terapeuta.93@gmail.com

Lugar de investigación: Establecimientos de salud públicos de Lima Metropolitana

Esta hoja de consentimiento informado puede contener palabras que usted no llegue a entender. Si fuese el caso, por favor, pregúntele al investigador que le explique cualquier palabra o información que no comprenda con claridad.

Introducción: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

Propósito del estudio: Este proyecto determinará la presencia del síndrome de *burnout* y los niveles de *burnout* según dimensiones en psicólogos clínicos de establecimientos de salud de Lima Metropolitana.

Participantes del estudio: El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios. Para este proyecto se tendrá en cuenta que los psicólogos hayan estudiado la especialidad en psicología clínica, además, que tengan un mínimo de experiencia de cinco años, que sean parte del personal contratado por la institución y que su rango de edad oscile entre los 25 y 65 años.

DNI: _____

FIRMA: _____

