

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Estilos de manejo de conflictos y burnout en el personal de un hospital
de Lima Este, 2018

Por:

Emilia Augusta Caro Martínez

Rosa Estela Iquise Peralta

Asesor:

Mg. Daniel Josué Farfán Rodríguez

Lima, abril de 2019

**DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS**

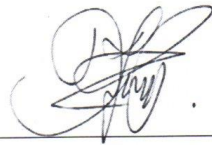
Daniel Josue Farfán Rodríguez, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Union.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "**ESTILOS DE MANEJO DE CONFLICTOS Y BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE LIMA ESTE, 2018**" constituye la memoria que presenta las **bachilleres Emilia Augusta Caro Martinez y Rosa Estela Iquise Peralta** para aspirar al título profesional de psicólogas, cuya tesis a sido realizada en la Universidad Peruana Union bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaracion en Lima, a los 30 días, de abril del año 2019.



Daniel Josue Farfán Rodríguez

“Estilos de manejo de conflictos y burnout en el personal de un hospital de Lima Este, 2018”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR




Psic. Josías Trinidad Ticse
Presidente



Psic. Eli Yánci Cierzo
Secretario



Psic. Helen Sara Flores Mamani
Vocal



Mg. Daniel Josue Fañán Rodríguez
Asesor

Ñaña, 07 de marzo de 2019

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a todas las personas que nos apoyaron en la realización del presente estudio.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a Dios por ser nuestro guía y compañía en el transcurso de nuestras vidas, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental y habernos apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A nuestro asesor Mg. Daniel Farfán Rodríguez, quien con su experiencia, conocimiento y motivación nos orientó para la realización del presente estudio.

A nuestros dictaminadores, Psic. Helen Flores Mamani y Psic. Ely Yanac Cierzo, por el seguimiento realizado en este trabajo mediante sus valiosos análisis, aportes y sugerencias; los cuales permitieron fortalecer nuestros conocimientos.

Índice general

Capítulo I	14
El problema	14
1. Planteamiento del problema	14
2. Pregunta de investigación.....	17
2.1. Pregunta general.....	17
2.2. Preguntas específicas	17
3. Justificación	18
4. Objetivos de la investigación	18
4.1. Objetivo general	18
4.2. Objetivos específicos	19
Capítulo II	20
Marco teórico.....	20
1. Marco bíblico filosófico.....	20
2. Antecedentes de la investigación	21
2.1. Antecedentes internacionales	21
2.2. Antecedentes nacionales	27
3. Marco conceptual	32
3.1. <i>Burnout</i>	32
3.1.1. Aproximación conceptual:.....	33
3.1.2. Modelos teóricos:.....	35

3.1.3.	Etiología del síndrome de <i>burnout</i>	40
3.2.	Manejo de conflictos:.....	46
3.2.1.	Aproximación conceptual:	46
3.2.2.	Modelos teóricos	48
3.2.3.	Dimensiones del manejo de conflictos	50
3.2.4.	Etapas evolutivas del conflicto interpersonal	53
3.2.5.	Resolución de conflictos en el trabajo.....	56
4.	Definición de términos	57
4.1.	<i>Burnout</i>	57
4.2.	Conflictos	58
4.3.	Estilo de manejo de conflictos.....	58
5.	Hipótesis de la investigación.....	59
5.1.	Hipótesis general	59
5.2.	Hipótesis específicas.....	59
	Capítulo III	60
	Materiales y Métodos	60
1.	Diseño y tipo de investigación	60
2.	Variable de la investigación.....	61
2.1.	Definición conceptual de las variables	61
2.1.1.	<i>Burnout</i>	61
2.1.2.	Manejo de conflictos	61

2.2.	Operacionalización de las variables	62
2.2.1.	<i>Burnout</i>	62
2.2.2.	Estilo de manejo de conflictos.....	63
3.	Delimitación geográfica y temporal.....	63
4.	Participantes.....	64
4.1.	Características de la muestra.....	65
4.2.	Criterios de inclusión y exclusión	65
4.2.1.	Criterios de inclusión.....	65
4.2.2.	Criterios de exclusión.....	65
5.	Instrumentos.....	66
5.1.	Maslach Burnout Inventory (MBI)	66
5.2.	Inventario de estilos de manejo de conflictos.....	67
6.	Proceso de recolección de datos.....	69
7.	Procesamiento y análisis de datos	69
	Capítulo IV.....	70
	Resultados y discusión.....	70
1.	Resultados	70
1.1.	Análisis de niveles de las variables	70
1.1.1.	Presencia de los estilos de manejo de conflictos	70
1.1.2.	Presencia de <i>burnout</i> y <i>dimensiones</i>	71
1.2.	Análisis descriptivos de las variables	72

1.2.1. Análisis de presencia del manejo de conflictos según sexo.....	72
1.2.2. Análisis <i>burnout</i> según sexo	73
1.3. Prueba de normalidad de las variables en estudio.....	73
1.4. Correlación entre las variables en estudio	74
2. Discusión.....	77
Capítulo V.....	83
Conclusiones y recomendaciones.....	83
1. Conclusiones	83
2. Recomendaciones.....	85
Referencias	87
Anexos	100

Índice de tablas

Tabla 1. Identificación y operacionalización de la variable burnout.....	62
Tabla 2. Identificación y operacionalización de la variable estilo de manejo de conflictos	63
Tabla 3. Análisis sociodemográfico de la muestra	64
Tabla 4. Estilo de manejo de conflictos predominante en la muestra de estudio .	70
Tabla 5. Presencia de burnout y dimensiones en la muestra de estudio	71
Tabla 6. Estilo de manejo de conflictos en función al sexo	72
Tabla 7. Presencia de burnout en función al sexo.....	73
Tabla 8. Análisis de la bondad de ajuste a la curva de las variables en estudio en la muestra total (N=330).....	73
Tabla 9. Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y bornout	74
Tabla 10. Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y agotamiento emocional	75
Tabla 11. Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización.....	76
Tabla 12. Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y baja realización personal.....	76

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia.....	101
Anexo 2. Datos sociodemográficos y Consentimiento informado.....	103
Anexo 3. Inventario de Estilos de Manejo de Conflicto (TKI).....	104
Anexo 4. Inventario de Burnout de Maslach.....	105
Anexo 5. Prueba aplicada.....	106
Anexo 6. Carta de presentación.....	109

Resumen

El presente estudio tiene como propósito determinar si existe relación significativa entre los estilos de manejo de conflictos y *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este. El enfoque para el desarrollo de la presente investigación es cuantitativo y el tipo de estudio es correlacional. Las escalas utilizadas para la medición de las variables de estudio fueron el Inventario de Manejo de Conflictos de Thomas-Kilmann (1974), adaptada al contexto peruano por Tuesta (2016) y el Inventario de *Burnout* de Maslach (1986) en la versión peruana de Llaja, Sarria y García (2007). La muestra estuvo conformada por 330 profesionales de la salud de un hospital de Lima Este, entre varones (43.4%) y mujeres (56.5%). Los resultados evidenciaron que el *burnout* correlaciona de manera inversa y significativa con el estilo de manejo de conflicto comprometido ($Rho = -.182^*$; $p < 0.05$) y correlaciona de manera positiva y significativa con el estilo evasivo ($Rho = .133^*$; $p < 0.05$). De manera similar ocurre con la dimensión agotamiento emocional y el estilo complaciente ($Rho = -.134$; $p < 0.05$), así como con el estilo comprometido ($Rho = -.165$; $p < 0.05$). Lo mismo ocurre entre la dimensión baja realización personal y el estilo evasivo ($Rho = -.167$; $p < 0.05$). Por otro lado, se halló que existe una relación significativa entre la dimensión baja de la realización personal y el estilo complaciente ($Rho = .144$; $p < 0.05$). Por lo que se concluye que los profesionales de la salud con un estilo de manejo de conflicto comprometido, experimentan niveles bajo de *burnout*. De similar comportamiento se observa las dimensiones de *burnout* ante los estilos de manejo de conflictos.

Palabras clave: *burnout*, conflictos, profesionales de la salud, Lima.

Abstract

The purpose of this study is to determine if there is a significant relationship between the styles of conflict management and burnout in the staff of a hospital in Lima East. The approach to the development of this research is quantitative and the type of study is correlational. The scales used to measure the study variables were the Thomas-Kilmann Conflict Management Inventory (1974), adapted to the Peruvian context by Tuesta (2016) and the Maslach Burnout Inventory (1986) in the Peruvian version of Llaja, Sarria and García (2007). The sample consisted of 330 health professionals from a hospital in Lima East, between men (43.4%) and women (56.5%). The results showed that burnout correlates inversely and significantly with the committed conflict management style ($Rho = -.182^*$; $p < 0.05$) and correlates positively and significantly with the evasive style ($Rho = .133^*$; $p < 0.05$). Similarly, it occurs with the dimension of emotional exhaustion and complacent style ($Rho = -.134$; $p < 0.05$), as well as with the compromised style ($Rho = -.165$; $p < 0.05$). The same occurs between the low personal fulfillment dimension and the evasive style ($Rho = -.167$; $p < 0.05$). On the other hand, it was found that there is a significant relationship between the low personal fulfillment dimension and the complacent style ($Rho = .144$; $p < 0.05$). So it is concluded that health professionals with a committed conflict management style experience low levels of burnout. The dimensions of burnout are similar to those of conflict management.

Keywords: burnout, conflicts, health professionals, Lima.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

En años recientes, se ha ido desarrollando un progresivo interés por la investigación sobre el *burnout*. El estrés y la investigación correspondiente a los aspectos psicosociales en relación al desempeño dentro del trabajo, están en creciente estudio al relacionarlo con constructos o variables en el contexto laboral; y ello responde a las repercusiones que pueden ocasionar sobre los componentes emocionales y psicológicos de los trabajadores (Vásquez-Manrique, Maruy-Saito y Verne-Martin, 2014). Una de las consideraciones negativas que el *burnout* ejerce en la salud de las personas afectadas, tienen consecuencias en aspectos psíquicos, conductuales y/o físicos; las cuales pueden originar una dificultad a nivel colectivo como el desgano, disminución en la producción y calidad del ambiente laboral. En este sentido el *burnout* es muy frecuente en el aspecto laboral a causa de despidos masivos, la incertidumbre de no estar preparado para el puesto de trabajo y el sueldo que desmotiva al trabajador que no percibe ninguna recompensa laboral o personal por su dedicación (García-Moran y Gil-Lacruz, 2016); lo que ha conllevado a que las organizaciones presenten un interés y preocupación en este tema.

En casi todas las profesiones, la prevalencia de este síndrome es elevado y la casuística continúa aumentando. Por ejemplo, en España ocho millones de personas (aproximadamente) se encuentran descontentas con su trabajo, y de esa

cantidad de personas, tres millones padecen las repercusiones del *burnout*, y en países como Estados Unidos y del norte de Europa, esta tendencia empeora cada vez más (Freire-Garabal, 2011). Los profesionales que se desempeñan prestando servicios en el área de salud son uno de los colectivos más afectados por el síndrome *burnout* (Saborío y Hidalgo, 2015). En Europa, es el personal de medicina (enfermeras y médicos) quienes más padecen este síndrome presentando un valor de 44.1% según un estudio elaborado por una fundación de dicho continente (Gil-Lacruz, 2009); existiendo un gran número de componentes de riesgos psicológicos y sociales asociados en el empleo, los cuales pueden ocasionar estrés en este colectivo de profesionales que trabajan con personas y su labor social (Feria, 2018).

A nivel latinoamericano, aparecen Colombia, México y Brasil como los países con mayor investigación en cuanto al *burnout*; ubicándose al Perú en el puesto siete con el 3% de producción en el avance del conocimiento científico sobre este síndrome. Este escenario muestra la urgencia de estudiar este síndrome bajo un contexto nacional al repercutir en el rendimiento del trabajador y la calidad de vida de quienes colaboran con el grupo de profesionales afectados (Gabel-Shemueli, Peralta, Paiva y Aguirre, 2012).

La presencia y progreso del *burnout* es de origen multifactorial, como es el ejemplo del personal de salud; ya que dicho síndrome, surge como la consecuencia de un conjunto de elementos estresantes asociados al ámbito laboral, elementos estresantes que sobrepasan los recursos adaptativos del individuo implicado al requerir esta gran madurez personal y emocional, así como un alto nivel de experiencia laboral para poder tomar decisiones importantes respecto a la salud de sus pacientes. Asimismo, este grupo de profesionales, afrontan cotidianamente con casos de enfermedad, teniéndose que relacionar con el paciente afectado y sus

parientes, sumado a la sobrecarga laboral, entre ellos un horario poco flexible, el cumplimiento de guardias en el hospital, una remuneración limitada, así como la manipulación de artefactos defectuosos para llevar a cabo el cumplimiento de sus deberes; sumado a todo esto la responsabilidad familiar que genera más aún el desgaste físico y psicológico (Vásquez-Manrique, Maruy-Saito y Verne-Martin, 2014).

Bajo este panorama, un constructo que cobra vital importancia en la investigación del *burnout* en el ámbito hospitalario es la forma en que se maneja la demanda y solución de conflictos, los cuales aparecen generalmente por causa del factor emocional de cada empleado al tener que hacer frente a las necesidades de cualquier paciente para atenderlo de manera idónea (Vásquez-Manrique, Maruy-Saito y Verne-Martin, 2014). A esta realidad se le suma la convivencia diaria con los trabajadores, por lo que es relativamente normal que aparezcan conflictos, puesto que es propio en el ser humano; mas estas demandas se deben manejar adecuadamente (Gil-Lacruz, 2009). Además de ello se describen los conflictos que se dan entre los sujetos que brindan servicios en el área de salud al asumir puestos de dirección, pero sin contar con la capacidad suficiente para una óptima gestión (Yacavilca, 2017).

En un estudio a nivel local en profesionales de salud de la ciudad de Lima (Yacavilca, 2017), se evidenció que el 56% de los trabajadores presentan problemas respecto a la manera en cómo se manejan las demandas laborales del entorno, así como escasez de habilidades para el manejo de grupos e identificación con el hospital; presentándose problemas en la comunicación, escasa habilidad para el manejo de equipo y liderazgo de grupos sociales; trayendo consigo problemas ante las demandas que surjan en la realidad laboral hospitalaria, como

por ejemplo, la dificultad de administración, la negociación y la conciliación, entre otros; elementos muy importantes para desarrollar estrategias de manejo de conflictos.

Sumado a ello, la Organización Internacional del Trabajo (2016) ha manifestado la existencia de pocas investigaciones sobre el entorno psicológico y social en el manejo de conflictos. Sugiere que las publicaciones realizadas hasta la actualidad deben ser más objetivas y que se realice estructuras o formatos adecuados para concretar el enfoque de la literatura existente al respecto, con el fin de crear programas preventivos.

En este sentido, el presente estudio pretende vincular los estilos de manejo de conflictos y el *burnout* en profesionales de la salud que trabajan en una institución hospitalaria de Lima Este.

2. Pregunta de investigación

2.1. Pregunta general

¿Existe relación significativa entre estilos de manejo de conflictos y *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe relación significativa entre estilos de manejo de conflictos y agotamiento en el personal de un hospital de Lima Este?
- ¿Existe relación significativa entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización en el personal de un hospital de Lima Este?
- ¿Existe relación significativa entre los estilos de manejo de conflictos y la realización personal en el personal de un hospital de Lima Este?

3. Justificación

La importancia de esta investigación se sustenta a nivel teórico al proporcionar conocimientos científicos acerca de dos constructos psicológicos importantes en el desempeño de toda profesión. Los conocimientos de la vinculación del manejo de conflictos y el síndrome de *burnout* en personal de la salud, buscando aportar significativamente dentro de la psicología ocupacional y en la sociedad peruana; puesto que dan información relevante acerca del desempeño laboral de alta demanda.

En el sentido aplicativo, los resultados del presente estudio brindan información de utilidad para la elaboración de programas promocionales y preventivos para el beneficio del personal de salud; contribuyendo de esta manera a mejorar el ámbito laboral.

El escenario descrito de demandas en los hospitales, hace más proclive al personal a desarrollar malestares emocionales y psicosociales, los cuales crean un ambiente poco favorable para el transcurso normal de sus actividades diarias y como consecuencia conlleva a la disminución de habilidades importantes al momento de resolver y dar resolución a una demanda específica.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre estilos de manejo de conflictos y *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este.

4.2. Objetivos específicos

Determinar la relación entre estilos de manejo de conflictos y agotamiento en el personal de un hospital de Lima Este.

Determinar la relación entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización en el personal de un hospital de Lima Este.

Determinar la relación entre los estilos de manejo de conflictos realización personal en el personal de un hospital de Lima Este.

Capítulo II

Marco teórico

1. Marco bíblico filosófico

Las personas diariamente experimentan dificultades en la salud, debido al exceso de trabajo lo cual puede repercutir en su estado físico y mental, y este caso se va incrementando cada vez más.

En la Biblia nos menciona al profeta Elías y su estrecha relación con Dios. Sin embargo, las situaciones que tuvo que enfrentar, hizo que Elías se sintiera frustrado llegando al grado de querer morir. He aquí podemos entender que el ser humano, cuando no tiene las herramientas necesarias para afrontar momentos de gran tensión, pierde la fe y cae en la trampa del enemigo; es en ese momento que Dios nos recuerda su promesa: “No temas porque yo estoy contigo, no desmayes que yo soy tu Dios que te esfuerzo, siempre te ayudaré y siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia” (Isaías 41:10).

En Proverbios 16:3 nos dice “Encomienda tu trabajo al Señor, y se establecerán tus planes”, aquí nos invita que debemos encomendar nuestro trabajo al Señor. Así mismo al confiar en Dios nuestra carga laboral será más liviana de llevar; ya que muchas veces las cosas no salen como solemos planificarlo, pero aquí la promesa del Señor es clara.

También, en el libro de Marcos 6:31 nos dice “Y como no tenían tiempo ni para comer, pues era tanta la gente que iba y venía, Jesús le dijo: Vengan conmigo ustedes solos a un lugar tranquilo y descansen un poco”. Muchas veces Jesús nos invita a orar en la quietud del amanecer o del anochecer para recibir sabiduría para

enfrentar los desafíos de la vida diariamente, ya que las personas se enfrascan tanto en el trabajo que realizan y se olvidan de tomarse un tiempo de descanso, tener un espacio con Dios y con uno mismo, para así cultivar el espíritu, la paz del alma y la mente.

Por otro lado, en Salmos 128:2 nos menciona “cuando comieres el trabajo de tus manos, bienaventurado serás, y te irá bien”, nos indica que son afortunadas las personas por poseer un lugar para laborar. Sin embargo, cuando este es muy sacrificado, llega a exceder las capacidades de la persona, provoca un deterioro físico y mental.

Finalmente, en los escritos de la autora E. G. de White en su libro mente carácter y personalidad dice “la relación que existe entre la mente y el cuerpo es muy íntima, si uno se ve afectado, el otro es afectado también”. Así pues, para mantenerse sanos mental, física y espiritualmente, se debe cuidar ambas partes: mente y cuerpo.

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Gutiérrez -Lesmes, Lobo-Rodríguez y Martínez-Torres (2018), realizaron una investigación con el fin de demostrar la presencia de *burnout* en personal de enfermería de un centro hospitalario de Colombia. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 100 enfermeros de 10 hospitales de la ciudad de Orinoquia, 90% mujeres, 53% solteros, 54% menores de 28 años y 42% sin vástagos. Para la recopilación de datos se utilizó la validación colombiana del Inventario de Burnout de Maslach (Chávez y Castrillón, 2004). Al obtener los resultados se halló que el burnout tuvo una prevalencia de un 16%, el servicio de

atención hospitalaria se evidenció un 25.5% y en otros servicios diferentes a este fue 6,1%; respecto al cansancio emocional que había en el área hospitalaria, fue el factor que presentó mayor proporción alcanzando un 42% de porcentaje; la despersonalización emocional alcanzó un 38%, la falta o disminución de realización personal logró un 30%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas concerniente a la prevalencia de burnout en el servicio de atención médica y personal profesional por debajo de los 28 años. Finalmente se pudo llegar a la conclusión que el síndrome estudiado presentó mayor prevalencia en enfermeros del área hospitalaria y que tener menos de 28 años se relacionó a una mayor prevalencia.

Miranda-Lara, Monzalvo-Herrera, Hernández-Caballero y Ocampo-Torres (2016), hicieron una investigación con el fin de establecer el nivel de prevalencia del presente de *burnout* en personal enfermería de dos entidades que brindan servicios de salud de México. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra estuvo constituida por 535 profesionales de enfermería. Para la recopilación de información se empleó el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981). Una vez obtenidos los resultados se pudo encontrar que hay una proporción de 31% (181 de 535) concerniente a la presencia de burnout en el personal de salud y el 6.7 % (36 de 535) del dicho personal presentó un nivel elevado del síndrome en cuestión. Así mismo, se pudo evidenciar que el personal de salud presentaba otros factores o características relacionados con este síndrome, los cuales fueron el agotamiento emocional que alcanzó un 44.1%, baja realización personal con un 92.95% y la despersonalización con un 56.4%.

Gómez-Torres, Martínez, Madeira y Frederico (2015), elaboraron una investigación con la intención de examinar los métodos que los gerentes de enfermería aplican la autoridad en la determinación de conflictos y su significado. El enfoque utilizado para llevar a cabo esta investigación fue cualitativo, utilizando la técnica de análisis de contenido. En el estudio fueron 13 los dirigentes de enfermería que participaron pertenecientes a centros de salud portugueses. Se usó la entrevista como instrumento para la recopilación de información. Entre los resultados más importantes se describe que el enfermero gerente posee competencias y características en la dimensión afectiva y capacidad de ayuda durante el manejo del problema; también se pudo concluir que la administración de autoridad debe ser aplicada de manera humanizada, imparcial, justa y equitativa; teniendo presente siempre las necesidades de salud del ciudadano. Asimismo, los investigadores concluyen que la intervención humanizada del gerente proyecta una postura estratégica ante el conflicto.

Casari, Boetto y Daher (2015) investigaron la asociación entre la prevalencia de *burnout* y sus dimensiones; así como determinar el porcentaje de características clínicas (indicadores) de dicho síndrome en profesionales de la salud mental, entre ellos se encontraban psicólogos, trabajadores sociales y médicos psiquiatras. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra estudiada se conformó por 47 individuos (personal profesional del área de salud mental), correspondiente al grupo etario de 25 y 40 años del distrito de Mendoza, Argentina. El instrumento que se empleó para la recopilación de información fue la adaptación argentina del Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981). Una vez logrado los resultados se pudo demostrar que 4 sujetos presentaron rasgos evidentes de burnout y 3 se hallaron

en riesgo de desarrollarlo. Se pudo demostrar también, que la prevalencia de los signos clínicos de síndrome estudiado es baja y que son los profesionales que se desempeñan en áreas sociales y que tienen como principal función en la mejoría o cuidado de la salud de otras personas, es decir los más predispuestos a desarrollar este síndrome. Finalmente se halló significancia estadística entre el tiempo laboral y la dimensión cansancio emocional, siendo los trabajadores que laboran más de ocho horas diarias quienes tenían mayor desgaste emocional, pudiéndose demostrar que los sujetos que realizan cuatro guardias por mes presentaban baja realización personal.

Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín y Van-der Hofstadt (2014) desarrollaron una investigación con la intención de analizar la vinculación entre las estrategias de comunicación y el *burnout* en personal sanitario español. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el correlacional. La muestra se constituyó por 280 técnicas de enfermería (30,2%), 450 enfermeras (48,5%) y 197 médicos (21,3%); sumando un total de 927 profesionales sanitarios. Los instrumentos de medición utilizados fueron la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS) de Leal, Tirado, Rodríguez-Marín y Van-der Hofstadt (2015) y el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981). De los hallazgos obtenidos se observó una correlación negativa con significancia estadística entre la dimensión despersonalización del burnout, el cansancio emocional y las dimensiones que envuelven las habilidades de comunicación. Concerniente al aspecto realización personal laboral y la variable habilidades de comunicación, se demostró una correlación positiva con diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente, de la investigación, se concluyó que la presencia o desarrollo de burnout sería refrenada por las habilidades de comunicación del personal de salud.

Portero y Vaquero (2015), realizaron una investigación con la finalidad de describir las características sociales y laborales de enfermeros/as de un hospital de Andalucía, España y evaluar el nivel de estrés laboral, desgaste profesional y satisfacción laboral. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra se constituyó por 258 enfermeros/as y auxiliares. Como instrumentos para la recopilación de datos se hizo uso del Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981), la Nursing Stress Scale de Escribá (Cárdenas y Pérez, 1999) y el cuestionario Font-Roja de Aranz y Mira (1988). Entre los resultados se evidenció que el estrés laboral tuvo un puntaje de 44.23 y la satisfacción, un puntaje de 65.46. En cuanto al desgaste profesional, se observó un nivel promedio; elevada despersonalización y menor puntaje concerniente a la realización personal.

Ramírez (2015) estudió la prevalencia y dimensiones de *burnout*, así como características relacionadas en enfermeros y médicos de diferentes establecimientos de salud de 24 provincias de Ecuador. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo-comparativo. La muestra se constituyó de 2404 personal profesional que laboran en áreas de la salud (68.4% mujeres y 31.6% varones, con una edad media de 40.0 años). Se emplearon como instrumentos de recojo de datos el Maslach Burnout Inventory (MBI) versión española Seisdedos (1997), Cuestionario de Salud General versión (GHQ-28) española de Muñoz et al. (1979), Inventario COPE-28 de Carver (1997), Cuestionario de Apoyo Social (MOS) versión española Revilla et al. (2005) y Cuestionario de Personalidad de Eysenck versión española de Sadín y Chorot

(1999). Como resultado principal se evidenció una prevalencia de 36.4% para el burnout. En cuanto a sus dimensiones se halló una prevalencia de 17.6% para el elevado cansancio emocional, 13.6% para la elevada despersonalización y 18.2% para la baja realización personal. Presentaron mayor probabilidad de presencia de burnout el personal con ingresos mensuales menor a \$1000, es decir, aquellos que trabajaban más de ocho horas diarias y que atienden más de 17 pacientes al día; los que trabajaban por diferentes turnos; aquellos con síntomas somáticos y de ansiedad, neuroticismo y psicoticismo. Los hallazgos revelaron la falta de implementación de servicios de prevención y tratamiento del *burnout* para esta parte de la población.

Guerra, Prochnow, Trevisan y Guido (2011), investigaron como los conflictos se manifiestan en la interacción de personas y el grado que intervienen en el desempeño laboral del enfermero en su centro de trabajo. El enfoque utilizado para llevar a cabo esta investigación fue cualitativo, mediante la técnica análisis de contenido. La recopilación de datos se obtuvo a través de una entrevista semiestructurada contando con 13 jefas de enfermería de diferentes hospitales de la región Rio Grande del Sur, Brasil. Para la interpretación de los resultados se hizo uso de la técnica de análisis de contenido. Entre los principales hallazgos, se evidenció que el 84.61% de enfermeras (11) desempeñaban la labor de jefas de enfermería desde hace mucho tiempo, pero mencionaron que no tenían idea sobre las implicancias del rol de ser jefa de enfermería; asimismo, las enfermeras comprenden que los problemas entre los mismos trabajadores son inminentes a la organización, siendo necesario aprender a convivir con ellos; así también se reportó que los conflictos internos se revelaron como los más sobresalientes para las gerentes. Se concluye que es de suma importancia la comprensión de la causa de

los conflictos, los motivos que desencadenan su presencia, pero sobre todo la importancia de que se aborden interdisciplinariamente.

Olvera-Islas, Téllez-Villagra y González-Pedroza (2015) realizaron una investigación con el fin de hallar la prevalencia de *burnout* en trabajadores de la salud de un centro hospitalario del país de México. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación ha sido el descriptivo. La muestra se constituyó por 53 profesionales de la salud. El instrumento empleado para la toma de datos fue el Inventario Maslach Modificado (MBI-GS) de Gil (2002). Entre los hallazgos se demostró que el 23% de los profesionales presentaban un nivel de *burnout* alto y muy alto para cinismo; 21% se encontraba en las mismas categorías para ineficiencia personal y 24% para agotamiento. Solo se encontró significancia estadística entre ineficacia laboral y la variable relación de pareja, así como sensación de sobrexigencia y agotamiento laboral. Se concluyó que el porcentaje prevalencia de este síndrome entre los profesionales evaluados es de suma importancia, ya que cerca del 25% de la muestra que se estudió lo presentó.

2.2. Antecedentes nacionales

Yacavilca (2017), realizó un estudio con el fin de establecer la asociación entre dos variables: manejo de conflictos e inteligencia emocional en personal del servicio de cirugía cardiovascular de un establecimiento hospitalario de Lima Metropolitana. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el correlacional. Los profesionales que constituyeron la muestra fueron de 80 trabajadores del servicio en mención integrados por enfermeros, médicos, técnicos de enfermería, secretarias y tecnólogos. Para la recopilación de datos se hizo uso como instrumento el Cuestionario de Inteligencia Emocional de Goleman (1996) y el Cuestionario de Manejo de Conflictos de

Robbins (2004). Al obtener los resultados se halló que el 57.5% de los encuestados presentaron niveles promedios de inteligencia emocional. En lo que respecta a los estilos de manejo de conflictos que utilizaban los participantes fueron la negociación y mediación. Por otra parte, se evidencia una asociación con significancia estadística entre la variable manejo de conflictos y la inteligencia emocional, siendo la relación directa y positiva.

Anco y Pacsi (2017), investigaron la asociación entre el clima organizacional y el manejo de conflictos en un grupo de enfermeras de un hospital de Arequipa. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el correlacional. La muestra la conformaron 40 enfermeras que se desempeñan en el área de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. Los instrumentos que se utilizaron fue el Cuestionario de Clima Organizacional EDCO (Acero, Echeverri, Lizarazo, Quevedo y Sanabria, 2006) y el Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (ROCI-II) Rahim (1983). Entre los principales hallazgos se da cuenta que el 62.5% de enfermeras menciona que el clima organizacional debe mejorar más. Respecto al manejo de conflictos, el 60% del personal presentó puntaje intermedio; asimismo, se reporta que el ambiente laboral está asociado al manejo de conflictos por parte de las enfermeras del centro quirúrgico, concluyéndose que el ambiente laboral (clima organizacional) y el manejo de conflictos son factores muy importantes en los centros laborales, y si en caso hubiera déficit en éstos factores, se afectaría la armonía laboral y por ende también los trabajadores.

El propósito del estudio de Nunura (2016) fue determinar los niveles de *burnout* en trabajadores de la salud de Lima Metropolitana. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el

descriptivo. La muestra se constituyó por 41 enfermeras y 85 médicos, entre la tercera y séptima década de vida, siendo el grupo etario entre los 36 a 50 años el grueso de trabajadores. El instrumento utilizado para la recopilación de datos fue el MBI estandarizado al contexto peruano por Llaja (2007). Los resultados obtenidos comprobaron que el síndrome de burnout fue presentado en todos los integrantes que componen la muestra del presente estudio, evidenciado que las profesionales de salud son las que presentan niveles más altos de burnout en comparación a sus pares. Asimismo, los médicos presentan indicadores de burnout más elevados en comparación que los enfermeros. Por otra parte, no se halló significancia estadística respecto a los niveles de burnout asociado a las horas de trabajo, el sexo, el trabajo y el tiempo de servicio brindado en la institución hospitalaria de Lima Metropolitana.

Toledo (2016) realizó un estudio de investigación con el fin de establecer la prevalencia de *burnout* en el personal de la salud de Lima. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra seleccionada se constituyó por 56 individuos, entre enfermera y médicos, teniendo como edad promedio 38.1 años. Para la obtención de los datos se empleó el MBI (Maslach y Jackson, 1981). A la obtención de los resultados se pudo encontrar, que según los criterios establecidos por Maslach, el 39.2% de los participantes presentaron rasgos o características clínicas de este síndrome, el 44.6% mostró un grado elevado de agotamiento emocional, el 76.7% presentó alta despersonalización y 60.7% presentaron baja o poca realización personal.

Solís, Zamudio, Matzumura y Gutiérrez (2016) desarrollaron un estudio con la finalidad de establecer la asociación entre *burnout* y clima organizacional en

profesionales de la salud de un establecimiento hospitalario de Lima. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el correlacional. La muestra estaba conformada por 43 enfermeros, 7 de ellos eran nombrados y 37 bajo la condición de contrato. Para la recopilación de datos, se hizo uso del MABI y la Escala Rensis Likert, ambas escalas fueron validadas a la realidad peruana por Solís et al (2016). Al obtener los resultados se pudo demostrar que el 81.4% de los encuestados, presentaron un promedio relativamente favorable al clima organizacional; sin embargo, el 18.6% restante se notó la ausencia de un adecuado clima organizacional. En relación al burnout, el 86% del personal presentaba un nivel bajo, mientras el 14% un nivel promedio. Por otro lado, se halló una asociación inversa entre el burnout y el clima organizacional. Finalmente se concluye que el nivel adecuado de clima organizacional es relativamente favorable entre los participantes de este estudio, sin presencia de burnout en el personal de enfermería, determinándose que el nivel de significancia es baja entre los constructos mencionados.

Silva (2016), elaboró una investigación con el fin de determinar la prevalencia de *burnout* y sus factores asociados en personal médico de un establecimiento hospitalario del Callao. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo-comparativo. Para la muestra se pidió la colaboración de varios trabajadores de distintas áreas, constituyéndose una muestra de 64 trabajadores del personal médico, entre los colaboradores se encontraron, 20 médicos asistentes, 16 residentes y 28 internos; todos ellos procedentes de diversos servicios críticos de medicina, como, por ejemplo, el de cirugía general, pediatría, shock trauma y de ginecobstetricia. Para la recopilación de datos se usó como instrumento el MBI. A la obtención de los resultados se pudo

demostrar que del personal estudiado, el 7.8 % mostraron una prevalencia hacia el burnout; en cuanto al cansancio emocional, el 29.7% presenta grados elevados de déficit; un 39.1% presenta alto nivel de despersonalización y un 37.5% presentan baja realización personal. Finalmente se pudo encontrar que no existe significancia estadística entre las variables sociodemográficas concerniente a este síndrome, concluyendo que los sujetos que integraron la muestra presentaron un grado muy elevado de cansancio emocional.

Sánchez, Loli y Sandoval (2016), desarrollaron una investigación con la finalidad de establecer la prevalencia de *burnout* en el personal asistencial del SAMU-IGSS. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo-comparativo. La muestra se constituyó por 158 profesionales del personal asistencial prehospitalario. Se emplearon dos tipos diferentes de instrumento: un documento ad-doc conformados por ocho ítems para la recopilación de datos y por otro lado se utilizó también el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Entre los resultados principales se evidenció que los participantes del estudio presentan 67% de burnout; por otra parte también se halló que existe significancia estadística concerniente al estrés laboral (77,3%) teniendo mayor porcentaje el grupo etario comprendido entre los 27 a 30 años en contraste con los mayores de 30 años; en cuanto a las personas casadas, solteras y divorciadas no presentaron significancia estadística con respecto al estrés laboral (71.4%, 70.4/ y 80.0% respectivamente); sin embargo, el personal que convivían con una pareja presentaron nivel de significancia estadística, pero bajo, frente al estrés laboral (54,4%). Finalmente se concluyó que la prevalencia de burnout fue de 67.7%.

Marticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi y Mayta-Tristán (2014) realizaron un estudio con el fin de establecer la prevalencia del *burnout* en trabajadores de la salud de diversos establecimientos hospitalarios del Perú. El diseño de investigación utilizado fue el no experimental y el tipo de investigación fue el descriptivo. La muestra fue constituida por 5062 profesionales del área de salud de diferentes organizaciones o instituciones hospitalarias. Como medio de recopilación de la información se hizo uso de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014 (ENSUSALUD-2014) y el MBI. Al obtener los resultados se pudo resaltar que de la muestra total, el 62.0% pertenecen a profesionales de género femenino y el restante al género masculino (38%); el 44.0% son médicos, el 46,0% pertenecían al Ministerio de Salud y el 23,1% trabajaban en Lima. Concerniente a la prevalencia de burnout tuvo un porcentaje de 2,8%, siendo esta prevalencia mayor en médicos que enfermeros. Concluyéndose finalmente la prevalencia de burnout es diferente en una misma población.

3. Marco conceptual

3.1. *Burnout*

El síndrome de *burnout* (SB), también llamado síndrome de agotamiento profesional o del quemado, ha sido profundamente investigado desde el siglo XX. Maslach et al (1976), elaboraron un trabajo de investigación sobre este síndrome, en donde incluyeron en su estudio a 200 personas profesionales, entre ellos psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados, entre otros; todos estos trabajadores tenían en común: el estrés laboral propio de su empleo, a saber, la interacción personal con sus propios clientes o pacientes teniendo como finalidad primordial buscar el bienestar y mejoría quienes atendían.

Del estudio que se realizó se concluyó que síndrome originaba diferentes tipos de signos clínicos, entre ellos, el aumento de desgano laboral y la disminución de la moral del trabajador. Asimismo, se halló que los individuos que padecían este síndrome podrían estar relacionados con alteraciones psicosociales, como lo son, las enfermedades mentales, el suicidio, los problemas familiares las alteraciones mentales y/o el alcoholismo.

Finalmente, Maslach pudo afirmar que esta enfermedad se desarrolla con más frecuencia en personas que laboran por largas horas con pacientes y/o clientes y que tratan de manera directa con ellos; presentándose en menor frecuencia en personas que pertenecen a áreas administrativas (Maslach y Jackson, 1981).

Con la elaboración de diferentes estudios, Maslach, Jackson y Leiter (1996) definieron el burnout como un síndrome que presentaba tres características principales: la despersonalización, el menguamiento de la realización personal y el agotamiento emocional. El primer aspecto (despersonalización) se reconoce por la presencia de actitudes y sentimientos negativos respecto a su persona en un marco de circunstancias laboral. El segundo aspecto (falta de realización personal) se hace evidente por el signo de autoevaluarse de manera negativa, sintiendo descontento e infelicidad en sentido laboral y consigo mismo. Finalmente, el agotamiento emocional se caracteriza por la alteración (disminución o ausencia) de la fortaleza emocional, viendo sin sentido, el profesional, su entrega hacia los demás en el trato con las relaciones interpersonales.

3.1.1. Aproximación conceptual:

La palabra burnout se describió por primera vez por Freudenberg, médico psiquiatra de Norteamérica, quien hizo referencia de este como una condición de agotamiento, cansancio o fracaso que se gesta por la entrega intencionada de

tiempo, esfuerzos y voluntad en el desarrollo o logro de un objetivo personal o de otros, sin la obtención de final esperado. Para él las personas más propensas a sufrir esta condición, son aquellas que se dedican y comprometen con sus laborales de trabajo a una escala mayor de lo normal, especialmente aquellos que desempeñan trabajos relacionados con la búsqueda del bienestar y/o mejoría de otras personas; de manera que dichas personas empezarían a sentir lo que llamo el autor “una presión”, que nacería desde su interior un interés desmedido por labor y ayudar de manera correcta, sin embargo se tornaría cada vez más excesiva y menos realista (Freudenberger, 1974).

Edelwich (1980) conceptualizó que el burnout es la disminución progresiva de propósito, idealismo y energía como la respuesta del ambiente laboral en el cual se desempeñan los profesionales asistenciales; describiendo cuatro diferentes fases clínicas; la primera fase: entusiasmo, en la cual el personal de trabajo presenta expectativas muy elevadas no acorde a la realidad; la segunda fase: estancamiento, en donde el profesional percibe que laboralmente no es valorado como el espera por parte de los sujetos con los que interactúa, motivo por el que se encuentra más propenso a ser afectado por la actitud pesimista o poco proactiva de sus colegas; en la tercera fase: frustración, el profesional cuestiona la valoración de su desempeño y de su persona, siendo notorios los motivos de disconformidad laboral relacionados con el trabajo del profesional, entre ellos, la baja remuneración, la excesiva carga laboral o las cuestionables labores administrativas y por último se presenta la cuarta fase: apatía, caracterizada por una actitud de indiferencia al desempeñar las labores cotidianas por parte del profesional.

Pines, Aronson y Kafry (1981) mencionaron que el burnout es el efecto de un estado repetitivo de presión u hostigamiento emocional y lo conceptualizaron

como un estado de agotamiento del hombre en diferentes aspectos (mental, emocional y físico), debiéndose a que el individuo afectado se encuentra por largos y continuos espacios de tiempos bajo circunstancias que le repercuten emocionalmente. Por su parte, Ortega (2004) definió a este síndrome como la respuesta al fracaso de adaptación personal por agotamiento y desgaste de acciones para hacer frente a las constantes demandas laborales que se requiera en el trato con personas durante un determinado tiempo, produciéndose un desequilibrio emocional continuo y persistente que generalmente no sería reconocido ni resuelto por las personas que lo padecen. Para estos autores, el burnout repercute de manera significativa en la vida del profesional que lo padece, ya que aparte de afectarlo psicológica y emocionalmente, también lo afecta físicamente.

Como se ha notado, a través del tiempo este síndrome ha sido descrito y definido de diferentes maneras, dándole connotaciones muy variadas, pero coincidiendo todas con una característica principal de los individuos que lo sufren, el cual es, la falta de capacidad de afrontamiento a las presiones laborales y al exceso de tiempo laboral por un periodo determinado, concerniente a las profesiones que se desempeña en trabajos humanitarios. Cabe mencionar que otra manera de denominar al *burnout* es “Síndrome de Desgaste Profesional” expresión que se emplea en las diferentes fuentes de información (Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio y Bejarano, 2009).

3.1.2. Modelos teóricos:

En el presente apartado se mencionará los diferentes modelos teóricos que aparecieron a finales del siglo XX, dando importancia en la propuesta desarrollada por Maslach y colaboradores, quienes conciben el *burnout* bajo un modelo

tridimensional.

1. Modelo teórico del síndrome de *burnout* propuesto por Maslach y Jackson (1981;1986)

Los estudios de Maslach y colaboradores hicieron que el síndrome de agotamiento profesional o de *burnout* tomara mayor relevancia ya que hicieron un trabajo de investigación en donde se pudo reconocer que dicho síndrome presenta tres dimensiones específicas, características únicas de los sujetos que lo padecen.

Las dimensiones propuestas fueron las siguientes:

a. Cansancio emocional:

Orientado hacia la pérdida de la voluntad, el agotamiento, desgaste y fatiga emocional.

b. Despersonalización o deshumanización:

Hace referencia a la aparición y progreso de actitudes no favorables, principalmente negativas, hacia otras personas, principalmente hacia los seres humanos con los cuales trabaja (compañeros de trabajo, clientes y/o pacientes), conjuntamente con pérdida de causa o motivación y la aparición de irritabilidad.

c. Falta de realización personal:

Se refiere a que la persona presenta una predisposición negativa hacia su persona y trabajo, con la característica de una autoestima baja, disminución en el rendimiento laboral, poca tolerancia hacia las presiones laborales y poca capacidad para aguantar momentos de estrés.

Asimismo, las autoras concluyeron que la aparición de estas dimensiones se presenta en profesionales que brindan servicio de ayuda al público, definiendo el agotamiento profesional o *burnout* como un síndrome distinguido por las tres

dimensiones mencionadas anteriormente, ocurriéndoles generalmente a personal profesional que labora brindando ayuda o soporte a otros seres humanos.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) también desarrollaron un instrumento de medición del *burnout* llamado MBI, por sus siglas en inglés que significan Maslach *Burnout Inventory* (MBI), el cual presentaba 22 ítems que hacía referencia a las actitudes que mostraba el trabajador hacia los individuos con los cuales brindaba su servicio y/ o trabajo, aspectos emocionales y sentimientos personales. El propósito inicial que tuvieron las autoras de este test, fue evaluar el grado de burnout laboral en personas que trabajan brindando sus servicios por el bienestar o mejoría de otros seres humanos y también que fuera incluido en estudios posteriores relacionados al burnout, alcanzando un adecuado conocimiento de distintas variables que ayudará a la disminución del burnout (Maslach y Jackson, 1986).

2. Modelo teórico propuesto por Mingote (1998).

Mingote (1998), fue uno de los primeros en describir la semiología de esta enfermedad, pero separándolos en tres grandes grupos; el primero son los síntomas disfóricos, como por ejemplo, el agotamiento emocional, la ansiedad, el estrés y la irritabilidad; el siguiente grupo son las alteraciones de conducta, como por ejemplo, el distanciamiento en el trato profesional-paciente/cliente, evasividad laboral y finalmente la pérdida o alteración del sentido de humanidad para con otras personas y el tercer grupo es la aparición de síntomas y signos físicos como consecuencia del estrés, como por ejemplo, el cansancio físico laboral constante y aparentemente prematuro (el cual obedece a las características del segundo grupo de signos clínicos) y el malestar general de salud sin motivo aparente, entre otros. Finalmente, en este síndrome se puede apreciar la falta de adaptación al ambiente

laboral percibiéndolo de manera negativa repercutiendo en su desempeño y satisfacción laboral.

3. Modelo teórico propuesto por Gil-Monte y Peiró.

Gil-Monte y Peiró (1999) propusieron una lista de aspectos psicológicos y sociales con la finalidad de profundizar más acerca del burnout, por ello lo definieron como el resultado al estrés que sufren las personas al no poder afrontar de manera adecuada las labores que demanden realizar su trabajo de manera eficaz. Estas personas son las que realizan actividades laborales para el servicio de otras, pero dada la presión excesiva laboral, no pueden desempeñarse de manera adecuada en su trabajo, produciéndose así, el estrés laboral mencionado por los autores. Estos autores concuerdan que, al igual que las definiciones de otros autores, el burnout presenta etapas o fases, produciendo en la persona dos características principales: elevado nivel de agotamiento emocional y baja satisfacción laboral, motivo que responde a la conjunción del estrés laboral y sus repercusiones, entre ellas, los diferentes tipos de respuestas de actitud y conducta.

4. Modelo teórico propuesto por Ferrer.

Por su parte el autor español Ferrer (2002) mencionó que la presencia de burnout es la respuesta equivocada frente a un inadecuado clima de trabajo, que tiene su origen en la aplicación equivocada de los métodos de afrontamiento de control por parte del trabajador, ocasionando la carencia de actitudes positivas concerniente al trato de los individuos con los que labora, principalmente hacia en ámbito profesional, ocasionando una percepción desproporcionada de agotamiento. Asimismo este síndrome se manifiesta en tres diferentes fases, la primera está caracterizada por el cansancio mental y físico que aparece sin aparente razón, la segunda fase se identifica por la aparición de sentimientos de

soledad y la pérdida de identidad, por último se describe una tercera fase en las cuales se pueden apreciar actitudes y acciones relacionadas a la ansiedad e incluso logrando bordear la depresión, de modo que todo ello trae como consecuencia la falta de estima personal y profesional.

5. Otras propuestas teóricas de burnout.

También existen autores que describen el burnout de diferente manera, entre ellos se encuentra González (2003) quien menciona que es la falta de capacidad adaptativa producida por las altas presiones laborales (propias del área humana de un trabajo) que existen en trabajos donde el profesional desempeña una labor para la mejoría de otras personas por un tiempo prolongado, lo cual conllevaría al estrés laboral. De manera parecida Corrales define al Síndrome de *Burnout* como el impedimento de la reflexión serena y la incapacidad de organización.

Por su parte Robles (2004) proporciona una lista de signos propios de este síndrome como lo es el desgaste físico, emocional y mental (esto debido al agotamiento laboral), percepción de desesperanza y desamparo, sentimiento de soledad, pérdida de actitud positiva, insatisfacción profesional, complejo de inferioridad, sintiéndose ineficaz e incompetente en sentido profesional. Sin embargo, algunos autores refieren que el burnout se debe a un complejo de característica sociológicas con un origen biológico o psicológico, y no tanto, a la aparición de dicho síndrome por la presión laboral ejercida en quienes lo padecen; proponiendo abandonar el termino síndrome, y más bien, emplear el término fenómeno de *burnout*.

Cebriá (2003) asevera que el burnout es la consecución de un tipo de estrés, a saber, el distrés, que se produce en ámbito laboral, agregando también otra característica principal: la multidimensionalidad relacionándose con distintos tipos

de factores como son el factor personal, sociocultural y organizacional. Asimismo, menciona también que la falta de vitalidad y energía, el agotamiento cognitivo y emocional, las actitudes de descaro, falta de identidad personal y humanización hacia otras personas (compañeros de trabajo, clientes y/o pacientes), son rasgos implicados en este síndrome.

3.1.3. Etiología del síndrome de *burnout*.

Los rasgos signos clínicos propios de los sujetos que padecen este síndrome, orientan a que los orígenes de este síndrome se separan en dos grupos distintos: los factores o causas laborales y el perfil innato de la personalidad o también llamado factores sociodemográficos (López-León, Rodríguez-Moctezuma, López-Carmona, Peralta-Pedrero y Munguía-Miranda, 2007; Díaz y Gómez, 2016).

También se han hecho trabajos de investigación en donde se ha manejado la posibilidad de influencia en sentido genético, sin embargo estudios realizados en familia con hijos gemelos en donde uno de sus integrantes padecía este síndrome no se halló significancia estadística ante la vinculación de este síndrome con las características genéticas, concluyendo que la presencia de Burnout se debía, más bien, a un origen exógeno, es decir a causas psicosociales y ambientales y no características en común entre los familiares. Asimismo, se han manejado posibles causas como el nivel o grado socio-cultural y la formación religiosa brindada; es por eso que se han realizado estudios al respecto para poder esclarecer si estos factores son causa probable de este síndrome; dando como resultado de las investigaciones realizadas que no existe asociación significativa entre la formación religiosa y el burnout; pero sí con el nivel socio-cultural de la familia, de manera que cuanto más alto sea nivel cultural de la familia (padres), mayor también es la probabilidad a desarrollar el Burnout (Apiquian, 2007).

Por lo tanto, las causas comprobadas que pueden producir este síndrome se han dividido en tres grupos que se describen a continuación:

1. Factores sociodemográficos

a. La edad

Aunque aparentemente este factor no parece ser determinante en la presencia del burnout, en realidad se ha comprobado que existe una etapa de sensibilización en donde el profesional que labora en su centro de trabajos se encontraría más vulnerable o propenso a las presiones laborales, esto sucede, debido a que las experiencias vividas durante los primeros años de la profesión, son totalmente diferentes de la realidad en comparación a lo que el gran colectivo de personas piensan al incursionar en su trabajo; ya que se origina un periodo de transición hasta darse cuenta que las perspectivas previas hacia el ámbito profesional, las motivaciones profesionales, personales y económicas; no resultarían ser las esperadas; por lo tanto, mientras más joven es el profesional que empieza a laborar mayor es la probabilidad que existe de desarrollar el Síndrome de *burnout* (Apiquian, 2007; López-León et al, 2007).

b. Sexo

Estudios relacionados con este aspecto del factor sociodemográfico demuestra que la mujer es más predispuesta a desarrollar este síndrome debido a que no solo tiene responsabilidad laboral, sino también, responsabilidad familiar; lo que la conllevaría a tener mayor riesgo de verse afectada por el Síndrome de Desgaste Profesional, si es que no logra hallar un equilibrio entre estas dos responsabilidades (Apiquian, 2007; Díaz y Gómez, 2016).

c. Estado civil

Aunque es bien conocido que se ha vinculado la presencia del burnout con sujetos que carecen de una relación firme o estable, también es conocido que tampoco existe una misma opinión entre los autores al respecto. Por otro lado, parece ser que los sujetos en estado soltero que no tienen ningún tipo de relación sentimental perdurable con otra persona presentan mayor agotamiento emocional, mas despersonalización y menor realización personal, en comparación con personas casadas o que conviven con una pareja estable (Díaz y Gómez, 2016; López-León et al, 2007)

Siguiendo este pensamiento, la ausencia o presencia de hijos hace que los individuos pudieran demostrar mayor resistencia a desarrollar este síndrome, ello responde a que los padres presentan mayor madurez y estabilidad emocional, y la existencia de hijos hace que puedan afrontar de mejor manera los asuntos personales y emocionales en distintos ambientes, en este caso el de trabajo (Grau, Flinchtentel, Suñer, Prats y Braga, 2009).

2. Perfil de la personalidad.

Este factor (causa) se refiere a los rasgos psicológicos del individuo, características relacionadas a las ganas de sobresalir, ganar resultados pocos realistas, alto nivel de perfeccionismo, poca resistencia al fracaso, entre otras (Apiquian, 2007; López-León et al, 2007).

3. Factores laborales o de trabajo.

Este factor hace referencia al ambiente laboral en el cual se desarrolla la persona que padece Burnout (Gil-Monte y Maruco, 2008; López-León et al, 2007), que evidentemente, no es el más idóneo, entre los factores se describen los siguientes:

a. Horario y turno de trabajo

Según algunos autores la distribución del horario y turnos de trabajo de manera equivocada o poco razonable, afectan significativamente a quienes laboran en un lugar donde no se respeta lo mencionado anteriormente (horario y turno de trabajo), teniendo como principales consecuencias el cansancio físico, emocional y la poca identificación con su trabajo (lo que incluye el contexto laboral, compañeros de trabajos, pacientes y/o clientes) que equivale a la despersonalización; lo que vendría a ser la presencia de los tres factores desencadenantes del Burnout mencionados por Maslach (Gil-Monte y Maruco, 2008; López-León et al, 2007).

b. Estabilidad y seguridad laboral

Esta característica es trascendental en un empleo para que la persona se sienta a gusto tanto física y emocionalmente, pues de ello depende su salud; sin embargo, cuando su continuidad en el empleo se ve afectada, se encuentran desequilibrados emocionalmente, lo que hace que se desarrollen actitudes, emociones y acciones relacionadas con la angustia, el desamparo y la negación a la realidad; signos clínicos que si persisten, podrían conllevar al desarrollo del burnout (Albadejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Dominguez, 2004). Estudios han demostrado que el personal profesional más proclive a padecer la inestabilidad laboral de su empleo son los jóvenes, mujeres embarazadas y los sujetos mayores de 45 años de edad (López-León et al, 2007).

c. Jerarquía y antigüedad profesional

Aunque es cierto que muchos autores no se han puesto de acuerdo en lo que respecta a la influencia de esta variable, sí existen algunos autores que han demostrado una estrecha relación al burnout, y señalan que este síndrome se da en dos grupos diferentes de profesionales, el primero se correlaciona con los dos

primeros años laborales (esto se debe, a que los individuos que ingresan por primera vez a un trabajo, no están acostumbrados a la presión laboral) y el segundo grupo se relaciona con los profesionales con más de diez años de experiencia laboral (esto obedece a que luego de haber pasado por diferentes puestos de responsabilidad y haber logrado cierta jerarquía, algunos profesionales sienten que ya no hay más por hacer y que no pueden seguir superándose ya que no hay más puestos que alcanzar) (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

d. Incorporación de nuevas tecnologías

Al incorporar una nueva tecnología, por lo general, se dan modificaciones en las labores y área de trabajo, en la inspección o supervisión y en la forma como se organiza el desempeño del trabajador y su entorno: de manera que la creciente demanda que genera la integración de nuevas tecnologías, origina un ambiente con una gran variedad de estresores y factores negativos para el desarrollo apropiado y exitoso del trabajador. Entre esos factores y estresores se encuentran la necesidad de ser capacitado constantemente (si el caso lo requiere), temor de quedar desempleado, aumento de monitoreo y control del personal, incremento de mayor seguridad debido al cuidado del ingreso de las nuevas tecnologías, probabilidad de quedar aislado en el área de trabajo y reestructuración de roles en el aspecto organizacional, entre otros (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

e. Estructura y clima laboral:

Esta característica corresponde a que el burnout tiene mayor probabilidad a desarrollarse cuando más elevado sea la presión en el trabajador en la toma rápida y acertada de decisiones, cuando elevada sea la efectividad que se espera para la

ejecución de procedimientos y operaciones y más cuando el trabajador tiene mayor jerarquía sobre el resto y se espera un mejor desempeño laboral. (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

f. Oportunidad para el control.

Un factor que puede prevenir el burnout y ayudar al equilibrio psicológico del empleado es la posibilidad que un trabajo le faculte poder controlar los posibles eventos que puedan suceder y las actividades a realizar (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

g. Retroalimentación.

La retroalimentación o también llamada feedback de tareas, es definida como la cualidad de desarrollarse eficazmente en sus labores, obteniendo así, una mejor visión de lo que se espera de él, a este efecto también se le llama interiorización laboral; el cual hace que genere en el trabajador mayor conciencia de los resultados y consecuencias de sus acciones en un ámbito laboral. Es por eso que, generalmente, los trabajadores que realizan sus labores teniendo presente la retroalimentación presentan mayor motivación interior, menor agotamiento emocional y mayor satisfacción a diferencia de los que no interiorizan la retroalimentación (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

h. Relaciones interpersonales

Generalmente esta característica toma valor de manera positiva cuando se trabaja en un ambiente cálido y con personas que aprecien el trabajo de los demás, lo que ocasiona que el contacto con otras personas sea una motivación para estar trabajando correctamente; motivo por el cual las relaciones interpersonales en el ámbito laboral es un constructo que se encuentra estrechamente vinculada con la satisfacción. Sin embargo, ello no quita que este factor accione de manera negativa,

pues no siempre el profesional se va a encontrar con un ambiente laboral agradable, agudizándose cuando las personas con las que interactúa no cooperan de la manera esperada, no confían o no se adapta al mecanismo de trabajo ya instaurado; todo ello puede contribuir a que se produzca altos niveles de tensión laboral, desencadenando así en burnout. (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

i. Salario.

Aunque no hay mucha información en la literatura registrada con respecto a este factor como desencadenante para la presencia y desarrollo de burnout, sí hay estudios que demuestran el salario es un motivo importante en la motivación interior y estabilidad emocional de los trabajadores (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

j. Estrategia organizacional.

Los centros de trabajo o empresas que tengan como estrategia organizacional la reducción de personal para generar menos gastos pero generando mayor carga laboral al resto de trabajadores, o que no invierten en capacitaciones continuas, pueden traer como consecuencia mayor probabilidad de burnout en sus empleados; ya que al generar mayor carga laboral en sus trabajadores, estos pueden sentir agotamiento emocional y desarrollar la despersonalización, variables directas en el desenvolvimiento de este síndrome. (Apiquian, 2007; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

3.2. Manejo de conflictos:

3.2.1. Aproximación conceptual:

Para Robbins (2004), los manejos de conflicto son los usos de la técnica o estrategia de resoluciones y estimulaciones para alcanzarán los grados deseados

de conflictos. Las estrategias son aquellas líneas generales de acción, tareas o los medios para llegar a los objetivos. Asimismo, el manejo los conflictos se conceptualiza como la conducta emitida ante a un problema o dificultad, el cual corresponde al resultado de dos aspectos básicos; como la asertividad, que hace referencia al interés en que el individuo procura sesear sus intereses personales; y la cooperación, haciendo referencia a la disposición en que el sujeto intenta cooperar por las intenciones de la otra persona.

Por su parte, De León (2012), manifiesta que las cuestiones de disputa interna, son temas que resultan bastantes críticos para muchos de los integrantes de un grupo de trabajo, ya sean que desarrolla su actividad en los ámbitos empresariales privados, gubernamentales, o en cualquier otro tipo de organizaciones, ya que genera unos climas laborales tensos y difíciles de soporte. En este caso, los conflictos podrán resolverse con las negociaciones, si los grupos toman real conciencia de las dificultades generadas entre ellos.

Así también, Chalvin y Eyssette (2002) afirmaron que los problemas laborales suelen ser un aspecto propio de la realidad laboral, por lo que es inevitable y no se podrá suprimir. Sin embargo, con estudios y capacitaciones no se pretende eliminar el conflicto dentro de la entidad, pero si es posible mantenerle en los límites aceptables a través de un límite de tiempo para la eficacia en la resolución. En la vida cotidiana, cada individuo vive sus propios conflictos de manera distinta, pues naturaleza de estos diverge y es de distinta intensidad, los autores dividen estos tipos de conflictos en tres: conflictos sociales, conflictos tradicionales y conflictos individuales.

Por otra parte, Thomas Killman (1972) define el conflicto como el desacuerdo y la manera en que actúan ante esa situación y menciona que toda persona está

predispuesta a cinco distintas clases de conflictos teniendo como repercusión cinco distintas reacciones, las mismas que dependen del tipo de personalidad que posea o las mismas experiencias, conllevando que cada clase de conflicto ocasionaría resultados diferentes.

3.2.2. Modelos teóricos

1. Teorías generales de los estilos de conflictos según Robbins y Judge.

Robbins y Judge (2009) establecieron tres teorías generales acerca del conflicto: las tradicionales, las interaccionistas y las funcionales.

1) Las tradicionales:

Estas teorías plantean que todo el conflicto es malo y el consideran negativas. Perciben el conflicto como violento, destructivo e irracional, por este motivo debería evadirse. Se cataloga como resultado disfuncional que se manifiesta por las faltas de comunicaciones, confianzas entre la persona y por las carencias de sensibilidades del gerente a la necesidad del empleado. Ya que estas teorías buscan evitar todo tipo de conflictos, las mismas que se enfocan en encontrar las causas del problema para poder corregir el desempeño del empleado y de las organizaciones.

2) Las interaccionistas:

Estas teorías aceptan el conflicto y el aliento, con los argumentos que unos grupos armoniosos, callados, pacíficos y cooperadores tienden a tornarse estáticos e insensibles a la necesidad de cambios e innovaciones. Es por ello que dichas teorías incitan al líder a la manutención de unos estados mínimos y continuos de conflicto, para que los grupos sean creativos y autocríticos. Las teorías interaccionistas no sugieren que este sea bueno, es por esto que existe conflicto funcional y disfuncional.

3) Las funcionales:

El funcional es el que sustenta la meta de los individuos y mejora sus desempeños, es constructivo; pero el disfuncional es el que estorba el rendimiento de los individuos, siendo una manera de conflicto destructivo.

2. Los cinco estilos de conflictos de Thomas Killman (1972)

1) Estilo de dirección o competencia:

Esta clase de problema es unilateral y surge cuando una de los sujetos del conflicto quiere prevalecer sobre la otra parte. Con frecuencia la persona que quiere prevalecer, impone su punto de vista impidiendo que la otra opine o de otras alternativas de resolución del problema. Por lo general se da cuando un sujeto tiene mayor jerarquía o puesto de responsabilidad sobre la otra.

2) Estilo armonizante o acomodador:

Consiste en un problema caracterizado por la ausencia de asertividad de uno de los involucrados en el conflicto, generando un ambiente poco saludable; mientras que la otra parte solo muestra una actitud pasiva procurando satisfacer a su contendor o evitar que este se siga enojando.

3) Estilo evasivo:

Esta clase de conflicto se caracteriza porque uno de los implicados o ambos no generan más problema del habido, pero tampoco lo afrontan directamente para resolver, Es por ello que los sujetos que pasan por esta clase de problemas, generalmente, se alejan de la discusión en vez de resolverlo y más bien no lo enfrenta, dejando pasar el tiempo para olvidarse de él, pero trayéndolo a colación cuando surge otro.

4) Estilo colaborativo o cooperativo:

Esta clase de conflicto, tiene como principal objetivo tomar en cuenta los deseos, necesidades y sentimientos de los implicados. Ambas personas dan a conocer sus intenciones y deseos con la finalidad de darle solución al problema, las partes establecen lo que quieren, y al final toman la probable solución en conjunto; siendo la conclusión de esta clase de conflictos son los compromisos por ambas partes.

5) Estilo comprometedor:

Esta clase de problema es parecido al cooperativo, pero con la principal diferencia de que las partes se disponen a renunciar parte de sus deseos con el fin de poder solucionar el problema, renunciando a si a derechos, posiciones más altas o superiores e incluso intereses personales, para el beneficio de ambos.

3.2.3. Dimensiones del manejo de conflictos

En conformidad con Robbins (2004) existen cuatro principales métodos de resolución de conflictos, entre las que se hallan las siguientes:

1) Negociación:

Para Robbins (2004), esta estrategia se caracteriza porque las partes involucradas muestran una intención de negociación de pensamientos con el fin de buscar el bienestar mutuo. Bajo este criterio, la negociación es definida como la correcta ejecución de las estrategias de comunicación y las transacciones para manejar conflictos llegando a resultados eficaces para ambas partes. Según Fernández y Polanco (2009), los factores de negociación voluntaria no siempre son los convenientes las partes del conflicto, si no, que son parte del común acuerdo de las personas en conflicto relacionadas al trabajo que desempeñan. Sin embargo,

también menciona que una de las características principales de esta estrategia de solución de conflicto, es que ninguno de los involucrados en el problema es obligado a ir en contra de sus intenciones para dar solución al mismo.

De León (2012) planteó dos métodos de negociación: Negociación Distributiva y Negociación Integradora; la primera pretende dividir un determinado número de recursos en un contexto de ganar y perder. También llamada negociación competitiva, que se caracteriza por la distribución imparcial y fija del motivo por el cual se discute. Negociación integradora; busca uno o más acuerdos que lleven a un escenario en el que todos ganen, estableciendo relaciones duraderas y facilita la contribución de ayuda de las partes en un futuro, haciendo que las partes adopten una actitud predispuesta a dar solución al conflicto de manera beneficiosa para todos.

2) Mediación:

Al respecto Robbins (2004), indicó que esta estrategia es la más eficaz si el o los motivos del conflicto son moderados o de relativa importancia; el mediador deber ser una persona de confianza, neutral y no impositiva. Consiste en que un tercero neutral facilite una salida negociada mediante razonamientos, persuasión, sugerencias alternativas, etc. Barrera (2004, citado en Yacavilca, 2017) agregó que esta estrategia es el proceso en el que una tercera parte neutral interviene para ayudar a las partes en conflicto, pero sin la potestad ni derecho de dictaminar una solución. Siendo el objetivo primordial conducir el problema de manera efectiva, pacífica y duradera.

Además, Fisas (2005) consideró que el problema está en condiciones de someterse a mediación, cuando son extremadamente complejos, se prolongan demasiado y se ha acentuado como tal, presentando tres características

principales: (1) El agotamiento de esfuerzos y recursos por tratar de conducir el conflicto de manera bilateral, es decir las partes involucradas se interesan para que ambas lleguen a un común acuerdo y se beneficien de este de manera equitativa. (2) Ninguno de los involucrados desea que el conflicto se exacerbe al grado que sea incontrolable y juntos buscan la solución más favorable para todos. (3) Las partes del conflicto agotan todas las posibilidades para la solución del mismo, de modo que están dispuestas cooperar entre sí para que ninguno salga perjudicado.

3) Conciliación:

Robbins (2004) manifiesta que la conciliación se utiliza mucho en las disputas internacionales, laborales, familiares y comunitarias. Un conciliador es un tercer individuo confiable que ejerce un vínculo de comunicación informal entre el negociador y el oponente; además se ocupa de recopilar hechos, investigar, interpretar mensajes y convencer a los involucrados a que desarrollen posibles acuerdos. Barrera (2004) por su lado, definió esta estrategia como el proceso en donde existe la alternativa de que la tercera parte, proponga soluciones alternas, si es que los envueltos en el problema no llegan a uno por sí mismos. En lo que respecta a la persona que realizara la tarea de conciliador, es escogido en mutuo acuerdo por las parte en discusión por el conflicto; teniendo que recolectar los sucesos que ocasionaron el problema y así de esta manera sugerir la posible solución al mismo; este proceso presenta mayor formalidad y flexibilidad que la mediación. Por lo que, la conciliación consistente en la proposición objetiva de posibles soluciones del conflicto para que las partes contendientes lo resuelvan de manera asertiva y de mutuo acuerdo. Para Gálvez (2014) esta estrategia es el intento por entender a las partes del conflicto y llegar a un punto en común realizando concesiones mutuas entre las partes afectadas mediante un tercero, el

cual no es determinante en la resolución final del problema, pero brinda posibles alternativas de solución.

4) Arbitraje:

Robbins (2004), refiere que en el arbitraje interviene una tercera persona que tiene la autoridad de dictar un acuerdo. Este puede ser voluntario (a solicitud) y obligatorio (impuesto a las partes por leyes o contratos). El arbitraje siempre termina en un arreglo. El árbitro varía de acuerdo con las reglas fijadas por los negociadores; es decir, puede estar limitado a escoger una de las últimas ofertas de un negociador o sugerir un acuerdo que no sea obligatorio o bien tener la libertad de elegir y hacer cualquier tipo de juicio que quiera.

3.2.4. Etapas evolutivas del conflicto interpersonal

Es importante trazar un formato fácil que permita determinar el momento exacto en el que empieza a desarrollarse un conflicto con la finalidad de poder decidir con un panorama más amplio y específico la solución probable que el caso requiera, de esta manera se procedería a la fase de manejo o afrontamiento del problema previo a la fase diagnóstica; siendo las etapas o fases evolutivas de un problema o conflicto, según Bobbio y Ramos (2010), las siguientes:

a. Etapa circunstancial

Esta etapa es muy relevante ya que es donde se da inicio a la evolución del problema, pues es donde el conflicto se puede solucionar o quedar estancado en un periodo de latencia. Esta etapa se da con el primer roce o contacto entre las partes afectadas ya sea directa o indirectamente, malinterpretándose la comunicación o intención por uno de los sujetos o grupos, también se identifica por la falta de consideración hacia la otra persona pasando por alto los valores, convicciones ideológicas o procedimientos que deberían ser normales. El periodo de latencia

tiene como principal característica la falta de decisión o determinación para dar fin al conflicto, quedando en latencia y pudiendo ser causa de otros problemas al ser recordado por las partes comprometidas. (Hayes y Baird, 2011; Iglesias, Torres y López, 2016). Hasta aquí, únicamente se identifica una condición de discrepancia u oposición.

b. Etapa cognoscitiva

Esta etapa se caracteriza por la gravedad del conflicto, pues ambas partes son conscientes del inminente problema, el cual, al no ser resuelto, se desarrolla de manera agresiva empezando en primer lugar con la fase ofensiva-defensiva, caracterizada por la intención de querer acallar, minimizar a una de las partes, o dar por terminado el conflicto sin importar la afectación que este pudiera repercutir en los demás ; es en este punto del problema no se puede controlar los procesos venideros de la discusión a tal grado que el resto de personas acompañantes (si es que lo hubiese) al no tener una preparación para dar solución se involucran en él, en vez de impedir que este progrese (Iglesias, Torres y López, 2016; Piorno, 2012).

c. Etapa afectiva

También denominada como experimental o vivencial; es el instante en el que las personas absorben los estímulos del enfrentamiento o impacto, es decir son conscientes de la situación desagradable en la que han sido envueltos, pero como ya la tensión es elevada, predomina más el querer humillar y hacer sentir mal a la persona: de modo que al final uno de los involucrados se siente triunfadora por haber hecho uso de agresiones, logrando desestabilizar emocionalmente a la otra persona y haciendo que el ambiente laboral se torne negativo para él y el resto de individuos. (Hayes y Baird, 2011; Piorno, 2012).

d. Etapa conductual

Las expresiones y actitudes en esta etapa, son deliberadas, casi sin ser pensadas ni meditadas, haciendo que una de los involucrados tome la autoridad de forma violenta impulsada por la situación del conflicto, presentándose hechos menos predecibles. En este instante, el daño psicológico y social ya se llevó a cabo, de modo que la reparación será dificultosa. A esta altura del conflicto se necesita de un manejo experto para resarcir lo que se considera como ofensas o agresiones (Monteza, 2012). En este instante el error ya consagrado se acentúa cuando los directivos deciden que el personal reciba cursos de relaciones humanas esperando de ellos un efecto de manera asombrosa (poco realista), lo cual no corrige ni impide los conflictos; más bien, para la solución de este se debe ir a la cusa del mismo teniendo un adecuado manejo integral de los recursos humanos (Hayes & Baird, 2011).

e. Etapa consecucional

Al convertirse el conflicto en un parte de la vivencia laboral de los individuos implicados, esta afecta las otras esferas (desarrollo o desenvolvimiento en otras facetas de la vida) en las cuales los trabajadores también interactúan, entre ellos tenemos, la vida familiar, el desarrollo personal y en el resto de interacciones personales; es en este marco de circunstancias que el problema laboral por resolver debe estimarse el impacto y consecuencias que acarrea el conflicto en las esferas mencionadas anteriormente, y también, en el probable deterioro de las relaciones interpersonales o intergrupales, así mismo, en la imagen que pudiera haberse deteriorado y otras ligadas a las circunstancias de cada caso (Piorno, 2012) Los resultados de la rehabilitación de los daños producidos a esta altura por los conflictos, no se darán de manera inmediata. Por lo tanto, no debe tampoco dejarse

a que el tiempo lo resuelva como se considera empíricamente, se requiere de una conducción especialmente diseñada para un grupo de personas lesionadas psicosocialmente y que involucre aspectos globales en su concepción de desarrollo de recursos humanos (Hayes y Baird, 2011).

3.2.5. Resolución de conflictos en el trabajo

Según Berastegui (2007) el concepto conflicto ocupa portadas cada día, sin embargo, las empresas también se encuentran día a día con otro tipo de conflictos laborales, como el de los colaboradores, entre gerentes, entre empleados-gerentes, entre gerentes-supervisores, entre otros. Por su parte, Goleman (1995) afirma que los individuos que manejan los problemas son los que:

- Manipulan a los sujetos difíciles de manejar y a las circunstancias comprometedoras con tacto y diplomacia.
- Se dan cuenta de los posibles problemas, reluciendo las diferencias de manera instantánea, antes que cualquier otra persona con la intención de resolverlo rápidamente.
- Incentivan a la discusión saludable y abierta.

Goleman (1995) mencionó dos principales habilidades que se deben tomar en cuenta y que en la medida de lo posible deben ser desarrolladas por las personas para la resolución de conflictos, estas son:

- Interpretación o reconocimiento de señales: Desarrollar esta habilidad, por lo general, es el éxito ante la presencia de un conflicto, pues va a ser que este sea identificado fácilmente antes de que se agrave o incluso origine; y se define como la capacidad para identificar la causa del problema y los sentimientos de la parte contendora.

- Canales de resolución: La gran mayoría de estas vías de solución se dan a largo plazo, ya que los conflictos se producen lentamente y se concretan en pocas ocasiones. Se han identificado tres tipos diferentes de canales de negociación:

1). Resolución del conflicto: es cuando las partes implicadas llegan a un éxito equitativo.

2). Compromiso: sucede cuando ambas partes renuncian a algo.

3). Imposición: suele suceder cuando una parte es forzada por la otra para la solución del problema.

Berastegui (2007) afirma que no se debe de olvidar que paralelamente al desarrollo de habilidades para resolución de conflictos, se debe fortalecer las habilidades en las que Goleman (1995) hace hincapié: auto conocimiento, confianza, auto control y la empatía. Peña (2011, citado en Gálvez, 2014) determina que los métodos de resolución de conflictos en general se sintetizan en los siguientes objetivos:

- Facilitar a los individuos a que armonicen de manera que vivan en paz y que encuentren caminos prácticos y efectivos para resolver sus diferencias según sus intereses.
- Fomentar una cultura en los seres humanos en donde se diversifique la manera de ver un conflicto, de modo que se establezcan mejores relaciones interpersonales.

4. Definición de términos

4.1. *Burnout*

Es conceptualizado como el agotamiento emocional que provoca la ausencia de motivación que termina en un sentimiento de inadaptación y probable fracaso a

futuro (Freudenberger, 1974). Asimismo, es entendido como un estado de la persona frente a la sobrexigencia laboral y de las demandas emocionales del trabajo; pudiendo desarrollarse en cualquier tipo de profesional, pero con más probabilidad de manifestarse en profesionales que buscan el bienestar y mejoría de otras personas, ya lo hace más susceptible al desgaste de la empatía (García, Herrero y León 2007). En cuanto a Maslach, Jackson y Leiter (1996) definieron el *burnout* como un síndrome que se puede reconocer por sus tres principales características, las cuales son la despersonalización, agotamiento o cansancio emocional y la falta o poca realización personal.

4.2. Conflictos

Se describe como un evento que comienza cuando una parte afecta de manera negativa sobre otra (Thomas-Kilmann, 1974, citado en Rodríguez, 2012). En el ámbito de una organización, esto se define aquel evento que tiene origen cuando las necesidades de un miembro o grupo prevalece sobre los demás generándose una competencia por lograr satisfacer las intenciones u objetivos personales dejando de lado las metas u objetivos del resto de personas.

4.3. Estilo de manejo de conflictos

Es conceptualizado como la conducta emitida frente a un problema o dificultad, el cual corresponde a la consecución de dos dimensiones o factores básicos; como la asertividad, que se identifica por el interés de una de las partes en lograr sus intereses personales; el otro factor o dimensión es la cooperación, que vendría a ser todo lo contrario al concepto de la dimensión mencionada anteriormente (asertividad), teniendo como principal objetivo la intención de satisfacer los deseos de una de las partes, mas no, los deseos propios (Rodríguez, 2012).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis general

- Existe relación significativa entre estilos de manejo de conflictos y *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este.

5.2. Hipótesis específicas

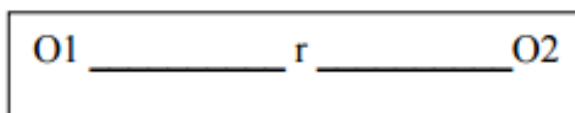
- Existe relación significativa entre estilos de manejo de conflictos y agotamiento en el personal de un hospital de Lima Este.
- Existe relación significativa entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización en el personal de un hospital de Lima Este.
- Existe relación significativa entre los estilos de manejo de conflictos realización personal en el personal de un hospital de Lima Este.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo. Se trata de un estudio con un diseño no experimental y de tipo correlacional transaccional ya que tiene como propósito establecer y analizar la relación entre dos o más variables; en este sentido, se busca conocer si los estilos de manejo de conflictos se relacionan con el *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este en un único momento del tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Este estudio lo podemos diagramar de la manera siguiente:



Donde:

O1: Estilos de manejo de conflictos

O2: *Burnout*

r: Relación entre las variables.

2. Variable de la investigación

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Burnout*

Es conceptualizado como un síndrome que se puede reconocer por sus tres principales características, las cuales son la despersonalización, agotamiento o cansancio emocional y la falta o poca realización personal (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

1.1.2. Manejo de conflictos

Es conceptualizado como la conducta emitida frente a un problema o dificultad, teniendo como principal objetivo la intención de satisfacer los deseos de una de las partes, mas no, los deseos propios (Thomas-Kilmann, 1974 citado en Rodríguez, 2012).

2.2. Operacionalización de las variables

2.2.1. *Burnout*

Tabla 1. *Identificación y operacionalización de la variable burnout*

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
<p><i>Burnout</i></p> <p>Es definido como el agotamiento emocional que provoca la ausencia de motivación que termina en un sentimiento de inadaptación y probable fracaso a futuro (Maslach y Jackson, 1986)</p>	<p>Agotamiento emocional: Hace referencia a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.</p>	<p>1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.</p>	<p>Maslach Burnout Inventory (MBI)</p>	<p>0= Nunca. 1= Alguna vez al año o menos. 2= Una vez al mes o menos. 3= Algunas veces al mes. 4= Una vez por semana. 5= Algunas veces por semana. 6= Todos los días.</p>
	<p>Despersonalización: Describe una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.</p>	<p>5, 10, 11, 15 y 22.</p>		<p>0= Nunca. 1= Alguna vez al año o menos. 2= Una vez al mes o menos. 3= Algunas veces al mes. 4= Una vez por semana. 5= Algunas veces por semana. 6= Todos los días.</p>
	<p>Realización personal: Describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.</p>	<p>4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.</p>		<p>0= Nunca. 1= Alguna vez al año o menos. 2= Una vez al mes o menos. 3= Algunas veces al mes. 4= Una vez por semana. 5= Algunas veces por semana. 6= Todos los días.</p>

2.2.2. Estilo de manejo de conflictos

Tabla 2. *Identificación y operacionalización de la variable estilo de manejo de conflictos*

Variable	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Estilo de manejo de conflictos Es definido como un evento que comienza cuando una parte afecta de manera negativa sobre otra (Thomas-Kilmann, 1974)	Estilo complaciente: Huye de las situaciones de conflicto y piensa más en resolver sus problemas por sí mismo.	15, 4, 23, 29, 1, 25 y 27.	Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI)	1= Nunca. 2= Algunas veces. 3= Frecuentemente. 4= Siempre.
	Estilo competidor: En las situaciones de conflicto, tiende a mantener sus intereses o sus ideas a costa de los demás. Impone sus pensamientos y trata de demostrar que tiene razón	10, 11, 24, 16 y 7.		1= Nunca. 2= Algunas veces. 3= Frecuentemente. 4= Siempre
	Estilo de compromiso: Tiende a encontrar soluciones intermedias que no satisfacen ni a él ni a los demás. Distribuye equitativamente las tareas.	9, 19, 21, 2 y 13.		1= Nunca. 2= Algunas veces. 3= Frecuentemente. 4= Siempre
	Estilo colaborador: Tiende a encontrar solución que satisfaga a ambas partes. Busca que todos estén satisfechos.	28, 5, 12 y 30.		1= Nunca. 2= Algunas veces. 3= Frecuentemente. 4= Siempre
	Estilo evasivo: Tiende a ceder y plegarse a los deseos de los demás. En las decisiones piensa en el otro y piensa en los deseos de los demás.	22, 17, 14 y 6.		1= Nunca. 2= Algunas veces. 3= Frecuentemente. 4= Siempre

3. Delimitación geográfica y temporal

El presente estudio se desarrolló desde el mes de mayo del 2018 y se extendió hasta el mes de febrero del 2019, llevándose a cabo en el Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho del distrito de Santa Anita – Lima, ubicado en Km 3.5 Carretera Central.

El Centro Asistencial nivel I abrió sus puertas el 23 de febrero de 2000, acreditado como Hospital II-I por Ministerio de Salud para los distritos de Chosica, Ate – Vitarte, El Agustino, Santa Anita y San Luis, además de las localidades de Huarochirí y Casapalca. Dicho hospital cuenta con una construcción moderna, de tres pisos para brindar atención mediante consulta externa y hospitalización en diferentes especialidades como el departamento de Medicina, Cirugía, Ayuda al Diagnóstico, Pediatría, Psicología y enfermería.

4. Participantes

El tipo de muestreo utilizado para el presente estudio es no probabilístico de tipo intencional (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), ya que la elección de los participantes se determinó previamente y de forma arbitraria, sin que todos los sujetos tengan la misma probabilidad de ser elegidos. La muestra está conformando por 330 profesionales de la salud, de los cuales fueron 107 varones y 223 mujeres, pertenecientes al Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho.

Tabla 3. *Análisis sociodemográfico de la muestra*

	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Varón	107	32.4%
Mujer	223	67.6%
Total	330	100%

4.1. Características de la muestra

Se contó con la participación de 330 profesionales de la salud de ambos sexos.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión

- Profesionales de la salud de las distintas áreas que laboren en el Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho
- Grado de instrucción superior que les permita comprender correctamente las consignas de los instrumentos administrados.
- Profesionales que lleven laborando como mínimo un en el centro hospitalario.

4.2.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de la salud que se encuentren de vacaciones, licencia y descanso médico, así como el personal técnico del Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho.
- Profesionales que invaliden los cuestionarios respondiendo al azar.
- Profesionales que no completen ambas pruebas.
- Profesionales que no competen al área de salud (limpieza, cocina, seguridad)
- Profesionales que no muestran disposición en la evaluación

5. Instrumentos

5.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI), fue elaborado por Maslach y Jackson (1986), designado a profesionales de la salud y posteriormente utilizado en otras carreras en diferentes países. El MBI fue adaptado al Perú por Llaja, Sarría y García (2007) en un grupo de profesionales de la salud. El inventario consta de 22 ítems en modo de afirmaciones en relación a los sentimientos personales, además la actitud en el entorno laboral, y la relación que establece con los pacientes. La calificación del instrumento se realiza mediante la escala de Likert. La categoría de respuestas va desde nunca (0), hasta siempre o todos los días (6).

- 0 = Nunca
- 1 = Una vez al año
- 2 = Pocas veces al año
- 3= Una vez al mes
- 4 = Pocas veces al año
- 5 = Una vez a la semana
- 6 = Todos los días

La puntuación se obtiene de la suma de los puntos anotados en los elementos correspondientes a cada una de las escalas:

- Dimensión Cansancio Emocional le corresponde los ítems 1-2-3-6-8-13-14-16-20 y tiene un puntaje total de 54.
- Dimensión Despersonalización le corresponde los ítems 5-10-11-15-22 y tiene un puntaje total de 30.

- Dimensión Realización Profesional le corresponde los ítems 4-7-9-12-17-18-19-21 y tiene un puntaje total de 48.

Confiabilidad del inventario

En relación a la confiabilidad, a nivel global el inventario presenta una confiabilidad moderada de 0.81 por medio del coeficiente alfa de Cronbach (Llaja, Sarría y García, 2007). En el análisis del área de agotamiento emocional del Inventario de Maslach, la confiabilidad estudiada por medio del coeficiente alfa de Cronbach ascendió a .80, lo que lleva a concluir que los ítems de esta área permiten obtener puntajes confiables. En cuanto al área de despersonalización, la confiabilidad evaluada a través del coeficiente alfa de Cronbach es de .56. En lo que concierne al área de realización personal se observa que el coeficiente alfa de Cronbach es de .72, lo cual significa que los ítems de esta área si permiten obtener puntajes confiables. Cabe resaltar que el número de los ítems también ha influenciado en estos resultados de confiabilidad, ya que este aspecto afecta directamente la magnitud del coeficiente alfa: la escala Despersonalización tiene 5 ítems mientras que las otras escalas ocho y nueve (Llaja, Sarria y García, 2007).

Validez del inventario

La validez fue del inventario fue llevado a cabo mediante el análisis factorial exploratorio, donde por medio del análisis de componentes principales, se extrajo una estructura interna de tres dimensiones (Llaja, Sarria y García, 2007).

5.2. Inventario de estilos de manejo de conflictos

El inventario fue creado por Thomas-Kilmann (TKI) que consta de 30 ítems para reconocer los siguientes estilos: complaciente, competidor, comprometido, colaborador y evasivo; cada estilo cuenta con 6 ítems, la calificación del instrumento

se realiza mediante la escala de Likert con cuatro opciones de respuesta. La categoría de respuestas va desde nunca (1), hasta siempre (4).

- 1= Nunca
- 2= Algunas veces
- 3= Frecuentemente
- 4= Siempre

La puntuación se obtiene de la suma de los puntos anotados en los elementos correspondientes a cada una de las escalas:

- Dimensión Estilo complaciente corresponde los ítems 15, 4, 23, 29, 2, 15.
- Dimensión Estilo competidor le corresponde los ítems 8, 10, 11, 24, 16 y 7.
- Dimensión Estilo de compromiso le corresponde los ítems 9, 19, 21, 3, 13 y 27.
- Dimensión Estilo colaborador le corresponde los ítems 28, 4, 5, 12, 30 y 18.
- Dimensión Estilo evasivo le corresponde los ítems 22, 23, 25, 17, 14 y 6.

Confiabilidad del inventario

La confiabilidad del Inventario de estilos de manejo de conflictos (TKI) fluctuar entre el 0.56 para el estilo complaciente y 0.71 para el estilo competidor, los cuales se encuentran en el rango moderado con la excepción del estilo complaciente, ello también responde por el bajo número de reactivos que contiene.

Validez del inventario

La validez del TKI, se llevó a cabo por medio del análisis correlacional intra-pruebas, donde los cinco estilos de manejo de conflicto correlacionaron en concordancia al marco teórico que lo sustenta (Thomas-Kilman, citado en Tuesta, 2016).

6. Proceso de recolección de datos

Antes de la aplicación de los instrumentos se realizó los permisos pertinentes con el director del hospital. La aplicación de los instrumentos se realizó en una fecha única y en simultáneo en las instalaciones del Hospital Jorge Voto Bernales Corpancho. La aplicación simultánea permitió tener cierto grado de control del conocimiento previo que podría haber con estos instrumentos.

Se solicitó la colaboración y participación de los profesionales de la salud, señalando el carácter voluntario, confidencial y anónimo del estudio. Seguidamente, se entregaron los protocolos o cuadernillos con la ficha sociodemográfica y los instrumentos de autoinforme; y se dieron instrucciones verbales sobre la forma de respuesta a los instrumentos. El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos.

7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos se ingresaron a la base de datos en Excel y luego exportado al programa SPSS versión 25 para su análisis según los objetivos de la investigación. Seguidamente, se analizó las características sociodemográficas de la muestra. Asimismo, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para precisar la distribución de la muestra y la prueba de Spearman para hallar la correlación entre variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Capítulo IV

Resultados y discusión

En este capítulo se plantea el análisis descriptivo de los resultados y, a continuación, se presenta la discusión del estudio.

1. Resultados

1.1. Análisis de niveles de las variables

1.1.1. Presencia de los estilos de manejo de conflictos

Tabla 4. *Estilo de manejo de conflictos predominante en la muestra de estudio*

	Bajo		Promedio		Alto	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Estilo complaciente	70	21.2%	153	46.4%	107	32.4%
Estilo competidor	68	20.6%	145	43.9%	117	35.5%
Estilo comprometido	77	23.6%	153	46.4%	99	30%
Estilo colaborador	77	23.3%	165	50%	88	26.7%
Estilo evasivo	78	23.6%	145	43.9%	107	32.4%

Nota: n= participantes; %= porcentaje.

En la tabla 4 se puede apreciar de acuerdo al análisis de los estilos de manejo de conflictos, que el estilo complaciente, competidor, comprometido, colaborador y evasivo se encuentran en un nivel promedio (46.4%, 43,9%, 46,4%, 50% y 43,9%, respectivamente). Por otro lado, el estilo competidor presenta un grupo menor de 20.6% en un nivel bajo.

1.1.2. Presencia de *burnout* y dimensiones

Tabla 5. *Presencia de burnout y dimensiones en la muestra de estudio*

	Bajo		Promedio		Alto	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<i>Burnout</i>	87	26.4%	152	46.1%	91	27.6%
Agotamiento emocional	100	30.3%	144	43.6%	86	26.1%
Despersonalización	100	30.3%	122	37%	100	32.7%
Baja realización personal	91	27.6%	141	42.7%	98	29.7%

Nota: n= participantes; %= porcentaje.

En la tabla 5 se aprecia que el 46.1% de los participantes presentan un nivel promedio de *burnout*. En relación a las dimensiones: se observa que la dimensión agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal presentan niveles bajo y promedio (30.3%, 30.3% y 27.6%, respectivamente) y (43.6%, 37% y 42.7%, respectivamente).

1.2. Análisis descriptivos de las variables

1.2.1. Análisis de presencia del manejo de conflictos según sexo

Tabla 6. *Estilo de manejo de conflictos en función al sexo*

	Estilo complaciente		Estilo competidor		Estilo comprometido		Estilo colaborador		Estilo evasivo											
	Varón		Mujer		Varón		Mujer		Varón		Mujer									
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)								
Bajo	20	18.7%	50	22.4%	21	19.6%	47	21.1%	24	22.4%	54	24.2%	17	15.9%	60	26.9%	22	20.6%	56	25.1%
Promedio	41	38.3%	112	50.2%	52	48.6%	93	41.7%	45	42.1%	108	48.4%	57	53.3%	108	48.4%	40	37.4%	105	47.1%
Alto	46	43%	61	27.4%	34	31.8%	83	37.2%	38	35.5%	61	27.4%	33	30.8%	55	24.7%	45	42%	62	27.8%
Total	107	100%	223	100%	107	100%	223	100%	107	100%	223	100%	107	100%	223	100%	107	100%	223	100%

En la tabla 6 se aprecia los participantes varones presentan un nivel alto en el estilo complaciente (43%), estilo comprometido (35.5%), el estilo colaborador (30.8%) y el estilo evasivo (42%). Por su parte, las mujeres presentan un nivel alto en el estilo competidor (37.2%). Además, los varones presentan un nivel bajo en estilo complaciente (18.7%), estilo competidor (19.6%), estilo comprometido (22.4%), estilo colaborador (15.9%) y el estilo evasivo (20.6%).

1.2.2. Análisis *burnout* según sexo

Tabla 7. *Presencia de burnout en función al sexo*

	Varón		Mujer	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Bajo	24	22.4%	63	28.2%
Promedio	56	52.3%	96	43.1%
Alto	27	25.3%	64	28.7%
Total	107	100%	223	100%

En la tabla 7 se aprecia que el 52.3% de los participantes varones presenta un nivel promedio de *burnout* y el 22.4% presenta un nivel bajo. Por su parte, el 43.1% de las participantes mujeres presenta un nivel promedio de *burnout* y el 28.2% presenta un nivel bajo.

1.3. Prueba de normalidad de las variables en estudio

Tabla 8. *Análisis de la bondad de ajuste a la curva de las variables en estudio en la muestra total (N=330)*

Variables	M	D.E.	K-S	P
Agotamiento emocional	22.29	8.256	.059	.007
Despersonalización	8.53	4.159	.062	.004
Baja realización personal	31.33	7.819	.093	.000
<i>Burnout</i>	62.15	14.266	.042	.200*
Estilo complaciente	18.64	2.425	.088	.000
Estilo competidor	14.71	2.681	.132	.000
Estilo comprometido	15.57	2.329	.122	.000
Estilo colaborador	15.32	2.301	.113	.000
Estilo evasivo	12.89	1.883	.158	.000

Nota: M= Media; D.E= Desviación estándar; K-S= Kolmogorov-Smirnov; p = Significancia estadística.

Los análisis de la bondad de ajuste a la curva normal las variables en estudio fueron realizadas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ver Tabla 8), e indicaron que en todos los valores los niveles de significación fueron menores a .05, a excepción de la variable burnout ($p = .200^*$); por lo que se concluye, que las distribuciones de los puntajes no se aproximaron a una distribución normal dentro la investigación. En este sentido para el análisis de correlación entre variables, se utilizará el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.

1.4. Correlación entre las variables en estudio

Tabla 9. *Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y burnout*

Manejo de conflicto	Burnout	
	Rho	P
Estilo complaciente	-.035	.793
Estilo competidor	.059	.298
Estilo comprometido	-.182*	.032
Estilo colaborador	-.023	.889
Estilo evasivo	.133*	.028

Nota: **= Significación al nivel 0.01 (bilateral); *= Significación al nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 9, se puede evidenciar que existe relación significativa (Rho= -.182*; $p < 0.05$) entre el estilo comprometido y burnout. De la misma manera, el estilo evasivo y el burnout presentan relación significativa (Rho= .133*; $p < .0.05$). Por otra parte, no se evidencia correlación significativa entre el estilo complaciente, competidor y colaborador con la variable burnout (Rho= -.035, $p = .793$; Rho= .059, $p = .298$; Rho= -.023, $p = .889$, respectivamente).

Tabla 10. *Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y agotamiento emocional*

Manejo de conflictos	Agotamiento emocional	
	Rho	P
Estilo complaciente	-.134*	.005
Estilo competidor	.015	.956
Estilo comprometido	-.165*	.001
Estilo colaborador	-.069	.072
Estilo evasivo	.001	.764

Nota: *= Significación al nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 10 se aprecia que el estilo de manejo de conflictos complaciente (Rho = -.134*) y comprometido (Rho = -.165*) correlaciona de manera inversa y significativa ($p < 0.05$) con la dimensión agotamiento emocional.

Por otra parte, no se evidencia correlación significativa entre el estilo competidor, colaborador con la dimensión agotamiento emocional (Rho= -.015, $p=.956$; Rho= -.069, $p=.072$; Rho=-.001, $p= .764$, respectivamente).

Tabla 11. *Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización*

Manejo de conflictos	Despersonalización	
	Rho	P
Estilo complaciente	-.007	.774
Estilo competidor	-.002	.750
Estilo comprometido	-.032	.225
Estilo colaborador	.035	.841
Estilo evasivo	.093	.098

En la tabla 11 no se evidencia correlación significativa entre los estilos de manejo de conflictos complaciente, competidor, comprometido, colaborador y evasivo con la dimensión despersonalización (Rho= -.007, p=.774; Rho= -.002, p=.750; Rho=-.032, p= .225, Rho=.035, p =.841, Rho=.093, p =.098 respectivamente).

Tabla 12. *Correlación de Spearman entre los estilos de manejo de conflictos y baja realización personal*

Manejo de conflictos	Baja realización personal	
	Rho	P
Estilo complaciente	.144*	.028
Estilo competidor	.119	.059
Estilo comprometido	-.082	.064
Estilo colaborador	.052	.188
Estilo evasivo	.167*	.032

Nota: *= Significación al nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 12 se aprecia que el estilo de manejo de conflictos complaciente (Rho = .144*, p =.028) y evasivo (Rho = .167*, p =.032) se correlacionan de manera positiva y significativa (p< 0.05) con dimensión baja realización personal.

Por otra parte, no se evidencia correlación significativa entre los estilos competidor, comprometido y colaborador con la dimensión de baja realización personal (Rho = .119, p =.059, Rho = -.082, p =.064, Rho = .052, p =.188, respectivamente)

2. Discusión

En el Perú son escasos los estudios en que se plantea la relación entre los estilos de manejo de conflicto y otras variables en profesionales de la salud (Anco y Pacsi, 2017; Yacavilca, 2017); siendo la variable *burnout* el que mayor atención ha recibido en los últimos cinco años en el escenario peruano (Marticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi y Mayta-Tristán, 2014; Nunura, 2016; Sánchez, Loli y Sandoval, 2016; Silva, 2016; Toledo, 2016; Zamudio, Matzumura y Gutiérrez, 2016). Bajo este panorama, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de manejo de conflicto y el *burnout* en el personal de un hospital de Lima Este.

Los resultados de la presente investigación han llevado a identificar que el estilo complaciente, comprometido, colaborador y evasivo se encuentran en un nivel promedio (46.4%, 43,9%, 46,4% ,50% y 43,9% respectivamente); lo cual significa que los participantes encuestados se caracterizan por defender sus ideas, pero a la vez tienden a encontrar una solución que satisfaga a las demandas que surjan; prestando atención a sus emociones y a las emociones de los demás, los cuales les permite conocer sus debilidades y fortalezas para manejar las situaciones o problemas que se presenten. Asimismo, se evidencia que, en el estilo competidor, el 20.6% de los participantes presentan un nivel bajo, es decir, que en situaciones de conflicto, los profesionales de la salud suelen renunciar a sus propios

derechos, dando prioridad a los intereses de los demás y evitando comprometerse en proyectos comunes.

Este hallazgo es opuesto a lo reportado por Yacavilca (2017), quien llevó a cabo un estudio con el objetivo de hallar la relación entre el manejo de conflictos e inteligencia emocional en el personal de cirugía cardiovascular de un hospital de Lima; teniendo como resultados que el estilo negociación y mediación eran los predominantes en la muestra del estudio, lo que significa que los participantes del estudio tratan de resolver asertivamente el conflicto dando una solución que satisfaga al contendor, siendo la comunicación abierta y sincera los principales fundamentos para encontrar posibles soluciones para alcanzar un acuerdo común. Esta diferencia puede responder a la muestra de estudio, siendo encuestados personal de cirugía, a diferencia del presente estudio, el cual abarcó, profesionales de salud y personal administrativo, siendo la diversidad de profesionales más amplio. Por otra parte, Guerra, Prochnow, Trevisan y Guido (2011), manifiestan que los problemas entre los mismos trabajadores son inminentes a la organización, siendo necesario aprender a convivir con ellos.

Del mismo modo, se encontró que el 46.1% de los participantes presentan un nivel promedio de *burnout*, lo que significa que los profesionales de la salud presentan indicadores de agotamiento emocional, lo cual provoca la ausencia de motivación laboral, terminando en un sentimiento de inadaptación y probable fracaso a futuro en las funciones que desempeñan (Maslach y Jackson, 1986). Entre los indicadores clínicos que presentan los participantes, se encuentran la disminución o pérdida de recursos emocionales, mostrando un estado de cansancio y saturación en las labores, por lo que tienden a evaluar su propio trabajo de forma negativa.

Este hallazgo es parecido a lo reportado por Casari et al., 2015 y Gutiérrez –Lesmes et al., 2018, quienes reportaron niveles promedios de nivel *burnout* en el personal de salud a nivel general, encontrándose diferencias estadísticamente significativas concerniente a la prevalencia de *burnout* en el servicio de atención médica y personal profesional por debajo de los 28 años. Asimismo, se evidenció que los más predispuestos a desarrollar este síndrome son los profesionales de la salud, quienes laboran en áreas sociales y tienen como principal función la mejoría o cuidado de la salud de los usuarios.

Por otra parte, los resultados de este estudio afirman que el estilo de manejo de conflictos comprometido correlaciona de manera inversa y significativa con el *burnout* ($Rho = -.182^*$; $p < 0.05$), lo cual significa que los profesionales de la salud que utilicen el estilo comprometido frente a una situación de conflicto, dan la posibilidad de contribuir a un clima laboral favorable, teniendo un efecto directo en el desempeño de los colaboradores. Asimismo, Thomas-Killman (1972) manifiesta que el estilo de manejo de conflicto comprometido es parecido al estilo cooperativo, sin embargo, la principal diferencia es que las partes se disponen a renunciar parte de sus deseos con el fin de poder solucionar el problema, renunciando a si a derechos, posiciones más altas e incluso intereses personales, para el beneficio de ambos.

Este hallazgo, es parecido a lo reportado por Gómez-Torres, Martínez, Madeira y Federico (2015) en un estudio con profesionales de la salud de Portugal, quienes indican que el personal que posee competencias y características en la dimensión afectiva y capacidad de ayuda (como la empatía, el trabajo en equipo, la comprensión, etc.), durante el manejo del problema presenta un menor cansancio

y estrés laboral. Asimismo, los investigadores concluyen que la intervención humanizada y comprometida proyecta una postura estratégica ante el conflicto.

En relación al estilo evasivo de manejo de conflictos, se encontró relación significativa con la variable *burnout* ($Rho = .133^*$; $p < 0.05$); es decir, los profesionales encuestados que utilizan este estilo, a menudo se alejan del conflicto en vez de afrontarlo directamente. En este estilo, el problema nunca se discute o se trata directamente, haciendo que permanezca y vuelva a surgir en otra ocasión lo cual hace que presenten el síndrome de *burnout*. Este resultado, coincide con otros estudios a nivel Latinoamericano (Nunura, 2016; Sánchez, Loli y Sandoval, 2016; Silva, 2016) que señalan que este estilo evasivo afectaría la armonía laboral y por ende también a los trabajadores, trayendo consigo un desgaste emocional. Asimismo, Guerra, Prochnow, Trevisan y Guido (2011), refieren que es de suma importancia la comprensión de la causa de los conflictos, los motivos que desencadenan su presencia, pero sobre todo la importancia de que se aborden interdisciplinariamente.

Por su parte, Thomas-Killman (1972), menciona que esta clase de conflicto, se caracteriza porque uno de los implicados o ambos no generan más problema de lo habido pero tampoco lo afrontan directamente para resolverlo; es por ello, que los sujetos que pasan por esta clase de problemas, generalmente, se alejan de la discusión en vez de resolverlo y más bien no lo enfrenta, dejando pasar el tiempo para olvidarse de él, pero trayéndolo a colación cuando surge otro.

En relación a los estilos de manejo de conflictos y la dimensión agotamiento emocional, se halló que el estilo complaciente ($Rho = -.134^*$) y el comprometido ($Rho = -.165^*$) correlacionan de manera negativa y significativa ($p > 0.05$), es decir, los profesionales de la salud con un estilo poco

comprometido con la misión y visión de la institución y un estilo caracterizado por la ausencia de asertividad tienden a presentar mayor cansancio a nivel emocional. Este resultado, coincide con el estudio de Silva (2016) donde se halló que el estilo de manejo de conflicto complaciente y evasivo son los mayores predictores del agotamiento en el trabajo, afectando el desempeño laboral y el clima organizacional.

Por otro lado, se halló que la dimensión despersonalización no correlaciona significativamente con el estilo de manejo de conflictos complaciente, competidor, comprometido, colaborador y evasivo con la dimensión despersonalización ($Rho = -.007$, $p = .774$; $Rho = -.002$, $p = .750$; $Rho = -.032$, $p = .225$, $Rho = .035$, $p = .841$, $Rho = .093$, $p = .098$ respectivamente). Este resultado se sustenta a saber que la dimensión despersonalización contiene un sustento más clínico y patológico, lo cual no permite a brindar solución a los conflictos que se susciten en el medio laboral.

Este resultado coincide con los propuesto por Yacavilca (2017) y Anco y Pacsi (2017) quienes mencionan que el sujeto con altos niveles de despersonalización tiende a alejarse emocionalmente de sus labores y ello se manifiesta en una actitud pasiva frente a los escenarios de conflicto que se desarrollen dentro de las labores de trabajo.

En relación a los estilos de manejo de conflictos y la dimensión baja sobre la realización personal, se halló que el estilo complaciente ($Rho = .144^*$) y el evasivo ($Rho = .167^*$) correlacionan de manera positiva y significativa ($p > 0.05$); es decir, los profesionales de salud que huyen de las situaciones de conflictos y piensan más en la resolución de problemas por sí mismo, así como acceder y a plegarse a los deseos de los demás, tienden a mostrar una menor autorrealización en sus actividades laborales y crecimiento profesional. Este resultado coincide con el

estudio de Anco y Pacsi (2017), quienes manifiestan que los profesionales que evaden las responsabilidades no alcanzan a tener una autorrealización en el trabajo o contexto laboral.

Finalmente, este estudio ha dilucidado una de las vías por la cual las personas llegan a experimentar *burnout*. Específicamente, este estudio ha mostrado que las personas con estilos de conflictos saludables, como el comprometido, tiene como efecto experimentar bajos niveles de *burnout*. De esta manera, se ubican en la mejor situación para alcanzar sus objetivos y obtener resultados exitosos en sus vidas y a nivel laboral. Sin embargo, es necesario desarrollar futuras investigaciones sobre el tema que puedan superar las limitaciones del presente estudio y correlacionar con otros factores.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Las conclusiones que se desprenden de los resultados hallados en la presente investigación son los siguientes:

- Se aprecia que el 46.4% de los participantes se encuentran en un nivel promedio en relación al estilo comprometido, lo cual significa que los participantes se caracterizan por defender sus ideas, pero a la vez tienden a encontrar una solución que satisfaga a las demandas que surjan, prestando atención a sus emociones y a las emociones de los demás.
- Se observa que el 46.1% de los participantes presentan un nivel promedio de *burnout*, lo que significa que los profesionales de la salud presentan indicadores de agotamiento emocional que conlleva a la ausencia de motivación laboral, terminando en un sentimiento de inadaptación y probable fracaso a futuro en las funciones que desempeñan.
- Existe correlación inversa y significativa entre burnout y el estilo de manejo de conflictos comprometido ($Rho = -.182^*$; $p < 0.05$), lo que significa que los profesionales de la salud que utilicen el estilo comprometido frente a una situación de conflicto, tiene la posibilidad de contribuir a un clima laboral favorable, generando un efecto directo en el desempeño de los colaboradores.
- Existe correlación positiva y significativa entre burnout y el estilo de manejo de conflictos evasivo ($Rho = .133^*$; $p < .0.05$), es decir, los profesionales que se

alejan del conflicto en vez de afrontarlo y evaden responsabilidades, son más propensos a presentar desgaste emocional en el entorno laboral.

- Existe correlación negativa y significativa en cuanto al estilo de manejo de conflicto complaciente y agotamiento emocional ($Rho = -.134^*$; $p > 0.05$). Esto significa que los participantes que tienen una conducta cooperativa y que enfrentan las dificultades de manera óptima con el fin de conservar buenas relaciones con los demás tienden a presentar niveles bajos de desgastarse a nivel emocional.
- Existe correlación negativa y significativa en cuanto al estilo de manejo de conflicto comprometido y agotamiento emocional ($Rho = -.165^*$; $p > 0.05$); es decir, los profesionales de la salud con un estilo poco comprometido con la misión y visión de la institución y un estilo caracterizado por la ausencia de asertividad tienden a presentar mayor cansancio a nivel emocional.
- Se halló que la dimensión despersonalización no correlaciona significativamente con los estilos de manejo de conflictos complaciente, competidor, comprometido, colaborador y evasivo ($Rho = -.007$, $p = .774$; $Rho = -.002$, $p = .750$; $Rho = -.032$, $p = .225$, $Rho = .035$, $p = .841$, $Rho = .093$, $p = .098$ respectivamente), es decir, al ser la dimensión despersonalización una variable patológica, esta no permite brindar solución a los conflictos que se susciten en el medio laboral, por ello no se halló relación entre las variables.
- Existe correlación positiva y significativa en cuanto al estilo de manejo de conflicto complaciente y baja realización personal ($Rho = .144^*$; $p > 0.05$), esto significa que los participantes que dejan sus metas de lado para satisfacer y complacer a los demás tienden a mostrar una menor autorrealización y crecimiento profesional.

- Existe correlación positiva y significativa en cuanto al estilo de manejo de conflicto evasivo y baja realización personal ($Rho = .167^*$; $p > 0.05$); es decir, los profesionales de la salud que huyen de las situaciones de conflictos y acceden a plegarse a los deseos de los demás tienden a mostrar una menor autorrealización en sus actividades laborales.

2. Recomendaciones

Se sugieren las siguientes acciones para futuras investigaciones referidas al tema de la presente investigación:

- Realizar estudios complementarios acerca de la relación entre los estilos de manejo de conflictos, *burnout* y personalidad, con el objetivo de determinar aspectos que faciliten el desarrollo de estilos de manejo saludables. Lo anterior permitiría conocer los estilos de personalidad que permitan vincular un nivel alto de *burnout*.
- Tomar en cuenta otras variables que puedan incidir en la del manejo de conflictos y el *burnout*, tales como habilidades sociales e inteligencia emocional.
- Realizar estudios que empleen un muestreo probabilístico, toda vez que los resultados del presente estudio, al emplear solamente un muestreo no probabilístico, pueden variar en otros contextos.
- Al circunscribirse exclusivamente la investigación a una población limeña, que puede no ser totalmente equiparable al de otros ámbitos nacionales, es recomendable futuros estudios que recurran a participantes procedentes de diversas partes del país.
- Implementar programas y actividades que fomenten el manejo de estilos de conflictos saludables donde se priorice el clima laboral y el trabajo en equipo.

- Trabajar de manera directa con los profesionales de la salud mediante programas de intervención en relación a la variable *burnout*.
- Ejecutar actividades enfocadas en el desarrollo de habilidades sociales e interacción entre compañeros.

Referencias

- Albadejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n4/original3.pdf>
- Anco, C. & Pacsi, R. (2017). *Clima organizacional y manejo de conflictos de enfermería servicio de centro quirúrgico del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad San Agustín de Arequipa, Arequipa. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4499/ENSanllack.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apiquian, A. (2007). *El síndrome del burnout en las empresas*. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Berastegui, J. (2007). *Resolución de conflictos*. Recuperado de: <https://blogs.eitb.eus/inteligenciaemocional/2007/05/28/resolucion-de-los-conflictos/>
- Bobbio, L. & Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico u no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Revista de Epidemiología*, 14(2), 133-137. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666007.pdf>

- Cáceres, G. (2006). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- Casari, L. M., Boetto, F. & Daher, C. (2015). Síndrome de burnout en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61(2), 114-122. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/279523799_Sindrome_de_Burn_Out_en_profesionales_residentes_de_salud_mental
- Cebriá, J. (2003). Comentario: Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Atención Primaria*, 31 (9), 572-574.
Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comentario-distres-cronico-desgaste-profesional-13048144#affa>
- Chalvin, D. y Eyssette, F. (2002). *Cómo resolver los pequeños conflictos en el trabajo*. Bilbao: Deusto. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/31736252_Como_resolver_los_pequenos_conflictos_en_el_trabajo_D_Chalvin_F_Eyssette
- De León, T. (2012). *Relación entre inteligencia emocional y estrategias de manejo de conflictos en una empresa de la ciudad de Guatemala que brinda servicios de comercio internacional*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/43/De-Leon-Nancy.PDF>
- Díaz, F. & Gómez, A. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 113-

131. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>

Edelwich, J. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press.

Feria, K. (2018). Los riesgos psicosociales en el trabajo: Un reto colectivo en el desarrollo laboral cubano. *Revista Jurídica de los Derechos Sociales*, 8(1), 174-205. Recuperado de:

https://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/viewFile/2921/2304

Fernández, C. & Polanco, E. (2009). Manejo de conflicto en instituciones públicas de educación superior del estado Zulia. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 10 (3), 199-224. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/1701/170114929011.pdf>

Fisas, V. (2005). Abordar el conflicto: La negociación y la mediación. *Revista Futuro*, 10 (3), 1-6. Recuperado de:

<https://es.scribd.com/document/268772235/Abordar-El-Conflicto-Negociacion-y-Mediacion>

Freire-Garabal, M. (2011). *El estrés amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores*. En Gómez, J. (10 de agosto DE 2011). *La Voz de Galicia*. Recuperado de:

https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2011/08/10/estres-amenaza-salud-cinco-trabajadores/0003_201108S10C3991.htm

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-166.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119 (13), 495-496.
- Gabel-Shemueli, R., Peralta, V., Paiva, R. A. & Aguirre, G. (2012). Estrés laboral: Relaciones con inteligencia emocional, factores demográficos y ocupacionales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17 (58), 271-290. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29023348005>
- Gracia, J. M., Herrero, S. & León, J. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 157-174. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/122/124>
- García-Moran, M. C. & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147149810001.pdf>
- Gil-Lacruz, M. (2009). Dinámicas comunitarias y acceso al sistema sanitario: Una participación desigual. *Revista Internacional de Organizaciones*, 2, 311-325. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6087274.pdf>
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

- Gil-Monte, P. & Maruco, M. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 450-456. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6278.pdf>
- Gómez-Torres, D., Martínez, M. D., Madeira, F. J. & Frederico, M. M. (2015). Autoridad de gerentes de enfermería en la solución de conflictos: Una mirada humanista. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 41-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15009>
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam. Recuperado de: <http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/librosdigitales/maslibros/Goleman%20Daniel%20-%20Inteligencia%20Emocional.PDF>
- González, R. (2003). Síndrome de Burn-Out: Una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen*, 29 (1), 2-3. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/257503857_Sindrome_de_burn-out_una_oportunidad_para_aprender_y_reflexionar
- Guerra, S., Prochnow, A., Trevisan, M. & Guido, L. (2011). El conflicto en el ejercicio general del enfermo en el ámbito hospitalario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_19.pdf
- Gutiérrez-Lesmes O. A., Loba-Rodríguez N. J., Martínez-Torres J. (2018). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Universidad y Salud*. 20 (1), 37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.107>

- Grau, A., Flinchtentel, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
- Hayes A. P. & Baird, J. E. (2011). *Communication for business and the professions*. Long Grove, IL: Waveland Press. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=60PsCgAAQBAJ&pg=PA287&lpg=PA287&dq=Hayes+A.,+John+E.+Baird+Jr.+Communication+for+business+and+the+professions.+8th+Ed.+2011.&source=bl&ots=2OSRz-qNT_&sig=kWBzrD7EoNQ1O-xlZOQ2w_QyQqM&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiizsOPs8XcAhWltVkKHbCVCnsQ6AEwA3oECAIQAAQ#v=onepage&q=Hayes%20A.%20John%20E.%20Baird%20Jr.%20Communication%20for%20business%20and%20the%20professions.%208th%20Ed.%202011.&f=false
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación (Vol. 5ta)*. México: Editorial Mc Graw - Hill.
- Iglesias, A., Torres, J. & López, I. (2016). *Clima organizacional de enfermería. Hospital pediátrico Universitario. Cienfuegos. 2016*. Recuperado de: file:///C:/Users/Pc_userS/Downloads/620-1973-1-PB.pdf
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. & Vander Hofstadt, C. J. (2014). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de burnout en los profesionales de la salud. *Anales*

del Sistema Sanitario de Navarra, 38 (2), 213-223. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n2/original4.pdf>

López-León, E., Rodríguez-Moctezuma, J., López-Carmona, J. M., Peralta-Pedrero, M. L. & Munguía-Miranda, C. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (1), 13-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525003.pdf>

Llaja; Sarria; García. (2007). Síndrome de Burnout en Educadores. Universidad Mayor de San Marcos. Perú, Lima.

Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A. & Mayta-Tristán, P. (2014). Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (2), 1-11. Recuperado de:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2170/2233>

Maslach, C. y Jackson, S.E., Leiter, M. P. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. Recuperado de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual

Maslach, C. & Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual?enrichId=rgreq-eb0800135e06f24357873f013d8a60d8-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI3NzgxNjY0MztBUzoyMzc4NjA2ODI5ODk1NjhAMTQzMzcyMTgxNDkxMA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua en Atención Primaria*, 8, 493-508. Recuperado de: <http://www.fmc.es/es/sindrome-burnout-o-sindrome-desgaste/articulo/4767/#.W3C0as5KjIU>

Miranda-Lara, V., Monzalvo-Herrera, G., Hernández-Caballero, B. & Ocampo-Torres, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24 (2), 115-122. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162g.pdf>

Monteza, N. (2012). *Influencia del clima laboral en la satisfacción de las enfermeras del Centro Quirúrgico-Hospital ESSSALUD Chiclayo, 2010*. (Tesis de Maestría). Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/595/1/TM_Monteza_Chanduvi_Nancy.pdf

Moreno-Jiménez, B., González, J., & Garrosa, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. En Buendía, J. & Ramos, F. (Eds). *Empleo, estrés y salud*. (pp. 59-83). Pirámide: Madrid. Recuperado en:

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Nunura, L. E. (2016). *Burnout en profesionales de establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Lima, Lima. Recuperado de: http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3282/Nunura_Linares_%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saborío, L. & Hidalgo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 1-6. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Olvera-Islas, R., Téllez-Villagra, C. & González-Pedroza, A. (2015). Prevalencia de burnout en trabajadores de un centro de salud. *Atención de Salud*, 22 (2), 46-49. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475>

Organización Internacional del Trabajo (2016). El estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_473270.pdf

Ortega, C. & López, F. (2003). 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.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>

Ortiz, P. (2003). *Guía metodológica para la gestión participativa de conflictos socioambientales*. Abya Yala: Ecuador. Recuperado de:
http://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1297&context=abya_yala

Pines, A., Aronson, E. & Kafry D. P. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

Piorno, M. (2012). *Estilos de afrontamiento al conflicto para la eficacia organizativa en equipos de enfermería de atención primaria*. Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32202/1/estilos.pdf>

Portero, S. & Vaquero, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (3), 543-552. DOI: 10.1590/0104-1169.0284.2586

Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud del Ecuador*. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Ecuador. Recuperado de: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>

Rodríguez, I. (2012). *Adaptación psicométrica del inventario de estilos de Manejo de conflictos (TKI) en profesionales de la salud del cono norte de Lima metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima. Recuperado de:

https://issuu.com/ksalasn/docs/adaptaci_n_del_inventario_de_estilos_de_manejo_de_

Robles, J. I. (2004). El síndrome de burnout. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 60 (1), 13-21. Recuperado de: https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/R/E/R EVISTAS_PDF875.pdf

Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2009). *Comportamiento Organizacional*. Pearson Educación: México. Recuperado de: https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf

Robbins, S. P. (2004). *Comportamiento Organizacional*. Pearson Educación: México. Recuperado de: <https://cuartelcentralblog.files.wordpress.com/2016/04/comportamiento-organizacional.pdf>

Sánchez, K., Loli, R & Sandoval, M. (2016). Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias-Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Revista de enfermería Herediana*, 8 (2), 116-122. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2691/2567>

Silva, O. (2016). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre – diciembre 2015*. (Tesis de Licenciatura). Universidad

Ricardo Palma, Lima. Recuperado de:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/471/1/Silva_o.pdf

Solís, Z., Zamudio, L., Matzumura, J. & Gutiérrez, H. (2016). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Revista Horizonte Médico*, 16 (4), 32-38. Recuperado de:
<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/506/355>

Thomas Killman (1972). *Conflict Management*. Recuperado de:
<http://web.mit.edu/collaboration/mainsite/modules/module1/1.11.5.html>

Toledo, E. (2016) *Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Sante de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4649/Toledo_n_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vásquez-Manrique, J., Maruy-Saito, A. & Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(3), 168-174. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>

Vega, N., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C. & Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24, 138-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3555/355534491008.pdf>

Yacavilca, N. (2017). *Inteligencia emocional y manejo de conflictos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8867/Yacavilca_RN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DIENSIONES	DISEÑO METOLOGICO
<p>¿Cuál es la relación entre estilos de manejo de conflictos y burnout en el personal de un hospital de Lima Este, 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre estilos de manejo de conflictos y burnout laboral en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p>	<p>Hipótesis general: H1: Existe relación estadísticamente significativa entre estrés laboral y estilos de manejo de conflictos en el personal de un hospital de Lima Este, 2018. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre estrés laboral y manejo de conflictos en el personal de un hospital de Lima Este, 2018.</p>	<p>Estilos de manejo de conflictos y burnout en el personal de un hospital de Lima Este, 2018</p>	
	<p>Objetivos específicos: Identificar el estilo de manejo de conflictos predominante en el personal de un hospital de Lima este, 2018. Identificar el nivel de burnout en el personal de un hospital de Lima este, 2018. Determinar la relación entre los estilos de</p>	<p>Hipótesis específicas: H2: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de manejo de conflictos y agotamiento en el personal de un hospital de Lima este, 2018. H3: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p>		<p>Tipo: Correlacional de corte transversal Diseño: No experimental Población y muestra: profesionales de la salud Enfoque de investigación: cuantitativo Instrumentos de evaluación:</p>

	<p>manejo de conflictos y agotamiento en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p> <p>Determinar la relación entre los estilos de manejo de conflictos y despersonalización en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p> <p>Determinar la relación entre los estilos de manejo de conflictos y realización personal en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p>	<p>H4: Existe relación estadísticamente significativa relación entre los estilos de manejo de conflictos y realización personal en el personal de un hospital de Lima este, 2018.</p>		<p>-Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI) - Inventario de Burnout de Maslach</p>
--	---	---	--	--

Anexo 2. Ficha sociodemográfica y consentimiento informado

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones:

A continuación, se presenta un conjunto de aspectos relacionados con ámbitos académicos y laborales. Lo que debe hacer es marcar con un aspa (X) una de las opciones numeradas y completar algunos datos que se requiere, sobre los cuales se le consulta.

1. Lugar de procedencia:

1. Costa	2. Sierra	3. Selva
----------	-----------	----------

2. Sexo

3. Edad

1. Masculino	2. Femenino	
--------------	-------------	--

4. Estado civil

1. Soltero	2. Casado	3. Viudo	4. Divorciado	5. Separado	6. Conviviente
------------	-----------	----------	---------------	-------------	----------------

5. Especialidad:

6. Tiempo de servicio

--	--

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo acepto participar voluntariamente en la investigación “**Estilo de manejos de conflictos y burnout en el personal de un hospital de Lima Este**”, dirigida por el Sr. Rosa Iquise Peralta y Emilia Caro Martínez, investigadores responsables y estudiantes de la Universidad Peruana Unión.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación con ello, acepto responder dos cuestionarios: **Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI)**.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal, y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada profesional de modo personal.

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3. Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI)

Adaptación peruana: Tuesta (2016)

Instrucciones:

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones acerca de su forma de pensar o actuar cuando sus deseos o ideas difieren de las de otra persona. ¿Cómo responde usted habitualmente en esas situaciones? No existen respuestas adecuadas o inadecuadas. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida que escala describe mejor su forma de pensar y actuar.

Escala:

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

N°	Ítems	1	2	3	4
1	Antes de abordar los puntos en los que estamos en desacuerdo, pongo énfasis en los que si estamos de acuerdo.				
2	Trato de encontrar una solución que de algún modo de conveniente para ambos.				
3	Usualmente soy firme en los que pienso y trato de que se cumpla lo que yo planeo.				
4	Suelo sacrificar mis deseos por satisfacer los deseos de la otra persona.				
5	Busco insistentemente ayuda de la otra persona para encontrar una solución.				
6	Trato de evitar situaciones conflictivas que me resulten desagradables.				
7	Trato de hacer que mi posición prevalezca cuando pienso que tengo la razón.				
8	Busco posponer la solución del problema hasta que haya tenido tiempo de pensarlo bien.				
9	Cedo algunos puntos de conflicto a cambio de otros.				
10	Usualmente soy firme en lo que pienso y trato que se cumpla lo que yo planeo.				
11	Suelo ser muy decidido en lograr que mi posición prevalezca.				
12	Le digo mis ideas y le pregunto las suyas.				
13	Le permitiré al otro mantener algunas de sus posiciones si el me respeta y permite mantener algunas de las mías.				
14	Trato de hacer lo necesario para evitar las tensiones.				
15	Trato de no herir los sentimientos del otro.				
16	Argumento y trato de convencer a la otra persona acerca de los beneficios de mi posición.				
17	Busco posponer la solución del problema hasta que haya tenido tiempo para pensarlo bien.				
18	Trato de resolver nuestras diferencias de forma inmediata.				
19	Trato de encontrar una combinación justa a ganancias y pérdidas para ambos.				
20	Siempre prefiero una discusión directa y arbitraria del problema.				
21	Trato de encontrar una posición intermedia entre la de él (ella) y la mía				
22	Hay ocasiones en que dejo que otros suman la responsabilidad o iniciativa para solucionar el problema.				
23	Si la posición de la otra persona es muy importante para él (ella), le dejo satisfacer sus deseos.				
24	Trato de demostrarle la lógica y los beneficios de mi posición.				
25	A la hora de resolver el problema trato de ser considerado con los puntos de vista y deseos de la otra persona.				
26	Propongo una solución intermedia.				
27	Evito tomar posiciones que puedan generar controversias.				
28	Suelo buscar la ayuda del otro para solucionar el problema.				
29	Procuró de no herir los sentimientos de la otra persona.				
30	Suelo compartir el problema con la otra persona para así poder solucionarlo.				

Anexo 4. Inventario de Burnout de Maslach

Adaptación peruana: Pacheco (20016)

Instrucciones:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida que escala describe mejor su forma de pensar y actuar.

Escala:

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

N°	Ítems	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar al día con la gente me cansa							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que ocurra en mi trabajo							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento después de haber trabajado intimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Anexo 5. Prueba aplicada

231

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones:

A continuación, se presenta un conjunto de aspectos relacionados con ámbitos académicos y laborales. Lo que debe hacer es marcar con un aspa (X) una de las opciones numeradas y completar algunos datos que se requiere, sobre los cuales se le consulta.

1. Lugar de procedencia:

1. Costa <input checked="" type="checkbox"/>	2. Sierra	3. Selva
--	-----------	----------

2. Sexo

3. Edad

1. Masculino	2. Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	
--------------	---	--

4. Estado civil

1. Soltero <input checked="" type="checkbox"/>	2. Casado	3. Viudo	4. Divorciado	5. Separado	6. Conviviente
--	-----------	----------	---------------	-------------	----------------

5. Especialidad:

6. Tiempo de servicio

psicóloga	3 años
-----------	--------

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Cynthia Milagros Davila Hernandez
acepto participar voluntariamente en la investigación "Estilo de manejos de conflictos y burnout en el personal de un hospital de Lima Este", dirigida por el Sr. Rosa Iquise Peralta y Emilia Caro Martínez, investigadores responsables y estudiantes de la Universidad Peruana Unión.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación con ello, acepto responder dos cuestionarios: **Maslach Burnout Inventory (MBI)** y el **Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI)**.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal, y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada profesional de modo personal.



Firma del Participante

Fecha

Inventario de Estilos de Manejo de Conflictos (TKI)

Adaptación peruana: Tuesta (2016)

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de su forma de pensar o actuar cuando sus deseos o ideas difieren de las de otra persona. ¿Cómo responde usted habitualmente en esas situaciones? No existen respuestas adecuadas o inadecuadas. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida que escala describe mejor su forma de pensar y actuar.

Escala:

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

N°	Ítems	1	2	3	4
1	Antes de abordar los puntos en los que estamos en desacuerdo, pongo énfasis en los que si estamos de acuerdo.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Trato de encontrar una solución que de algún modo de conveniente para ambos.			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Usualmente soy firme en los que pienso y trato de que se cumpla lo que yo planeo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Suelo sacrificar mis deseos por satisfacer los deseos de la otra persona.	<input checked="" type="checkbox"/>			
5	Busco insistentemente ayuda de la otra persona para encontrar una solución.		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Trato de evitar situaciones conflictivas que me resulten desagradables.				<input checked="" type="checkbox"/>
7	Trato de hacer que mi posición prevalezca cuando pienso que tengo la razón.	<input checked="" type="checkbox"/>			
8	Busco posponer la solución del problema hasta que haya tenido tiempo de pensarlo bien.	<input checked="" type="checkbox"/>			
9	Cedo algunos puntos de conflicto a cambio de otros.	<input checked="" type="checkbox"/>			
10	Usualmente soy firme en lo que pienso y trato que se cumpla lo que yo planeo.		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Suelo ser muy decidido en lograr que mi posición prevalezca.				<input checked="" type="checkbox"/>
12	Le digo mis ideas y le pregunto las suyas.				<input checked="" type="checkbox"/>
13	Le permitiré al otro mantener algunas de sus posiciones si el me respeta y permite mantener algunas de las mías.			<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Trato de hacer lo necesario para evitar las tensiones.			<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Trato de no herir los sentimientos del otro.				<input checked="" type="checkbox"/>
16	Argumento y trato de convencer a la otra persona acerca de los beneficios de mi posición.	<input checked="" type="checkbox"/>			
17	Busco posponer la solución del problema hasta que haya tenido tiempo para pensarlo bien.		<input checked="" type="checkbox"/>		
18	Trato de resolver nuestras diferencias de forma inmediata.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Trato de encontrar una combinación justa a ganancias y pérdidas para ambos.			<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Siempre prefiero una discusión directa y arbitraria del problema.				<input checked="" type="checkbox"/>
21	Trato de encontrar una posición intermedia entre la de él (ella) y la mía				<input checked="" type="checkbox"/>
22	Hay ocasiones en que dejo que otros suman la responsabilidad o iniciativa para solucionar el problema.		<input checked="" type="checkbox"/>		
23	Si la posición de la otra persona es muy importante para él (ella), le dejo satisfacer sus deseos.		<input checked="" type="checkbox"/>		
24	Trato de demostrarle la lógica y los beneficios de mi posición.				<input checked="" type="checkbox"/>
25	A la hora de resolver el problema trato de ser considerado con los puntos de vista y deseos de la otra persona.		<input checked="" type="checkbox"/>		
26	Propongo una solución intermedia.		<input checked="" type="checkbox"/>		
27	Evito tomar posiciones que puedan generar controversias.		<input checked="" type="checkbox"/>		
28	Suelo buscar la ayuda del otro para solucionar el problema.		<input checked="" type="checkbox"/>		
29	Procuró de no herir los sentimientos de la otra persona.				<input checked="" type="checkbox"/>
30	Suelo compartir el problema con la otra persona para así poder solucionarlo.		<input checked="" type="checkbox"/>		

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Adaptación peruana: Pacheco (20016)

Instrucciones:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida que escala describe mejor su forma de pensar y actuar.

Escala:

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

N°	Ítems	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo					✓		
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	✓						
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado						x	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes						x	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	✓						
6	Siento que trabajar al día con la gente me cansa	✓						
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							✓
8	Siento que mi trabajo me está desgastando						✓	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							x
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	✓					x	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente						x	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo						x	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	✓						
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							x
15	Siento que realmente no me importa lo que ocurra en mi trabajo	x						
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa						x	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							x
18	Me siento después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes <i>Estimado</i>							✓
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							x
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades			x				
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							✓
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas						x	

Anexo 6. Carta de presentación



Una Institución Avanzada

CARGO

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

Villa Unión, 25 de junio de 2018

Doctor
Luis Alvarado Polo
Director del Hospital Jorge Voto Bernales
Santa Anita -



De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y expresarle un cordial saludo, deseándole éxitos en la dirección de la institución que usted dirige.

El motivo de la presente tiene como finalidad presentar a nuestras estudiantes **Caro Martínez Emilia Augusta** con código universitario N°201420510, **Iquise Peralta Rosa Estela** con código universitario N°9610198, quienes se encuentran realizando una investigación titulada: "**Estrés laboral y manejo de conflictos en personal del hospital Jorge Voto Bernales C.**".

Por tal motivo, se solicita el permiso respectivo y las facilidades del caso para ejecutar la aplicación del instrumento en el personal general del Hospital de su digna dirección.

Para mayor información se puede comunicar al correo de la dirección de escuela: psicologia.fcs@upeu.edu.pe o al teléfono 6186300 anexo 3072.

Agradezco desde ya por el apoyo que se brinde a nuestras estudiantes con la investigación a realizarse y al mismo tiempo aprovecho la oportunidad para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,



Mtro. Ciro Gabriel Marca Dueñas
Director de la EP de Psicología

Villa Unión - Ñaña, altura Km 19 de la Carretera Central, Lurigancho - Chosica, Lima 15 - Perú
Teléfono: (01) 618-6300 Web: www.upeu.edu.pe e-mail: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe