



**Autónoma**  
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL DE SALUD EN  
PANDEMIA POR COVID-19 DE UNA CLÍNICA DE LIMA METROPOLITANA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**AUTORA**

DAISY ALINA MAVILA TORRES

ORCID: 0000-0003-1812-7571

**ASESOR**

MAG. DIEGO ISMAEL VALENCIA PECHO

ORCID: 0000-0002-7614-0814

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

COMPORTAMIENTO HUMANO EN LAS EMPRESAS Y ORGANIZACIONES

**LIMA, PERÚ, FEBRERO DE 2022**

## **DEDICATORIA**

A Dios por haber sido mi fuerza interior para conseguir cada meta propuesta a pesar de las adversidades presentes, no hay fuerza más importante que el espiritual ese que reside en el interior de cada uno.

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi madre por su apoyo incondicional; a mi padre quien no logro vencer esta pandemia, pero nunca dejo de creer en mí, a mis hijos por ser mi fuerza terrenal y tangible cada día. Del mismo modo a mis asesores, profesores y amigos por su apoyo en todo este trayecto de mi carrera universitaria.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>RESUMO</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Justificación e importancia de la investigación .....	15
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos .....	16
1.4. Limitaciones de la investigación .....	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudios .....	19
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado .....	24
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada .....	44
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	46
3.2. Población y muestra.....	46
3.3. Hipótesis .....	48
3.4. Variables – Operacionalización.....	49
3.5. Métodos y técnicas de investigación .....	51
3.6. Procesamiento de los datos .....	59
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b>	
4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable .....	62
4.2. Contrastación de hipótesis .....	68
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Discusiones.....	75
5.2. Conclusiones.....	80
5.3. Recomendaciones.....	82
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra
- Tabla 2 Matriz de operacionalización de burnout
- Tabla 3 Matriz de operacionalización de bienestar psicológico
- Tabla 4 Correlación ítem test del Inventario de Burnout de Maslach
- Tabla 5 Coeficientes de alfa de Cronbach del Inventario de Burnout de Maslach
- Tabla 6 Correlación ítem test de la Escala de Bienestar Psicológico
- Tabla 7 Coeficientes de alfa de Cronbach de la Escala de Bienestar Psicológico
- Tabla 8 Medias y desviaciones estándar del burnout y sus dimensiones en la muestra total (n = 131)
- Tabla 9 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión agotamiento emocional en la muestra total (n = 131)
- Tabla 10 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión despersonalización en la muestra total (n = 131)
- Tabla 11 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión realización personal en la muestra total (n = 131)
- Tabla 12 Frecuencias y porcentajes de los niveles de burnout en función al sexo de la muestra total (n = 131)
- Tabla 13 Medias y desviaciones estándar de bienestar psicológico y sus dimensiones en la muestra total (n = 131)
- Tabla 14 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión autoaceptación en la muestra total (n = 131)
- Tabla 15 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión relaciones positivas en la muestra total (n = 131)
- Tabla 16 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión autonomía en la muestra total (n = 131)
- Tabla 17 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión dominio del entorno en la muestra total (n = 131)
- Tabla 18 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión crecimiento personal en la muestra total (n = 131)
- Tabla 19 Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión propósito en la vida en la muestra total (n = 131)

- Tabla 20 Frecuencias y porcentajes de los niveles de bienestar psicológico en función al sexo de la muestra total (n = 131)
- Tabla 21 Análisis de bondad de ajuste de la distribución normal de las variables
- Tabla 22 Comparaciones del burnout y sus dimensiones en función al estado civil de la muestra total (n = 131)
- Tabla 23 Comparaciones del burnout y sus dimensiones en función al tiempo de servicio en el área clínica de la muestra total (n = 131)
- Tabla 24 Comparaciones del bienestar psicológico y sus dimensiones en función al estado civil de la muestra total (n = 131)
- Tabla 25 Comparaciones del bienestar psicológico y sus dimensiones en función al tiempo de servicio en el área clínica de la muestra total (n = 131)
- Tabla 26 Medida de correlación entre burnout y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)
- Tabla 27 Medida de correlación entre la dimensión agotamiento emocional y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)
- Tabla 28 Medida de correlación entre la dimensión despersonalización y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)
- Tabla 29 Medida de correlación entre la dimensión realización personal y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)

# BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PERSONAL DE SALUD EN PANDEMIA POR COVID-19 DE UNA CLÍNICA DE LIMA METROPOLITANA

DAISY ALINA MAVILA TORRES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## RESUMEN

El propósito del estudio fue comprobar la asociación entre el burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 que laboraba en una clínica del distrito de Santiago de Surco, en Lima. La metodología adoptada consistió en aplicar, mediante la técnica de la encuesta, dos instrumentos: Escala de Burnout de Maslach y Jackson (1997) y la Escala de Bienestar Psicológico de Díaz et al. (2006), fue correlacional el estudio con diseño no experimental. Se evaluó a un total de 131 profesionales, 98 mujeres (74.8%) y 33 hombres (25.2%) y que llevan trabajando de 4 años a más (53.4%). Los resultados indicaron que el burnout obtuvo una correlación negativa, de intensidad baja y significativa con el bienestar psicológico. El 68.7% (90) del personal de salud conto con un medio de burnout. El 51.9% (68) del personal de salud consiguió un nivel promedio. Se comparó los puntajes de media de cada variable y sus dimensiones, según el estado civil y tiempo de servicio; resultados que el estado civil divorciado y que llevaban laborando entre 1 año y 3 años generaron discrepancias estadísticamente significativas. En último lugar, la dimensión realización personal del burnout guardo una correlación positiva, de intensidad moderada baja y altamente significativa con el bienestar psicológico.

**Palabras clave:** burnout, bienestar psicológico, estrés, salud.

# BURNOUT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF HEALTH PERSONNEL IN A COVID-19 PANDEMIC OF A CLINIC IN LIMA METROPOLITAN

DAISY ALINA MAVILA TORRES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## ABSTRACT

The purpose of the study was to verify the association between burnout and psychological well-being of health personnel in a COVID-19 pandemic who worked in a clinic in the district of Santiago de Surco, in Lima. The adopted methodology consisted of applying, through the survey technique, two instruments: the Burnout Scale by Maslach and Jackson (1997) and the Psychological Well-being Scale by Díaz et al. (2006), the study with a non-experimental design was correlational. A total of 131 professionals were evaluated, 98 women (74.8%) and 33 men (25.2%) who have been working for 4 years or more (53.4%). The results indicated that burnout had a negative, low intensity and significant correlation with psychological well-being. 68.7% (90) of the health personnel had a medium of burnout. 51.9% (68) of the health personnel achieved an average level. The mean scores of each variable and its dimensions were compared, according to marital status and length of service; Results that the divorced marital status and that they had been working between 1 year and 3 years generated statistically significant differences. Lastly, the personal fulfillment dimension of burnout kept a positive, moderately low intensity and highly significant correlation with psychological well-being.

**Keywords:** burnout, psychological well-being, stress, health.



# BURNOUT E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO PESSOAL DE SAÚDE EM UMA PANDÊMICA COVID-19 DE UMA CLÍNICA EM LIMA METROPOLITAN

DAISY ALINA MAVILA TORRES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar a associação entre burnout e bem-estar psicológico de profissionais de saúde em uma pandemia de COVID-19 que trabalhavam em uma clínica no distrito de Santiago de Surco, em Lima. A metodologia adotada consistiu na aplicação, por meio da técnica de survey, de dois instrumentos: a Escala de Burnout de Maslach e Jackson (1997) e a Escala de Bem-estar Psicológico de Díaz et al. (2006), o estudo com desenho não experimental foi correlacional. Foram avaliados 131 profissionais, sendo 98 mulheres (74,8%) e 33 homens (25,2%) que trabalham há 4 anos ou mais (53,4%). Os resultados indicaram que o burnout apresentou correlação negativa, de baixa intensidade e significativa com o bem-estar psicológico. 68,7% (90) dos profissionais de saúde apresentavam burnout médio. 51,9% (68) do pessoal de saúde atingiu um nível médio. Foram comparados os escores médios de cada variável e suas dimensões, segundo estado civil e tempo de serviço; Resultados que divorciaram o estado civil e que trabalharam entre 1 e 3 anos geraram diferenças estatisticamente significativas. Por último, a dimensão da realização pessoal do burnout manteve uma correlação positiva, moderadamente baixa intensidade e altamente significativa com o bem-estar psicológico.

**Palavras-chave:** burnout, bem-estar psicológico, estresse, saúde.

## INTRODUCCIÓN

En 1974, en los Estados Unidos fue descrito por primera vez el síndrome de burnout en voluntarios de un sanatorio de toxicómanos (Martínez, 2021). Tiempo después, Maslach y Jackson, concibieron este síndrome distinguido por tres indicios: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en expertos que brindan servicios humanos (profesionales de la salud, policías y docentes). Asumieron una explicación de tipo psicosocial, con la intervención de procesos de intercambio entre profesionales y usuarios del servicio. En síntesis, la teoría explica que existe un desequilibrio entre las relaciones y que los orígenes de estrés son: incertidumbre, percepción de equidad y ausencia de control. Fue así, que años más tarde, surgieron nuevas propuestas que se focalizaron en las variables personales de los trabajadores como el bienestar psicológico, pero sin descuidar el rol que implican los intercambios sociales en el trabajo.

El burnout, en relación al bienestar psicológico, puede propiciar gravedad no solo en la salud física, sino además en la salud psicológica de los profesionales de la salud; así que nace la necesidad de proceder con una indagación, cuya organización fue estipulada en: capítulo I, aquí se expondrá la realidad problemática, conjuntamente, se justificó las contribuciones que realizaron de forma general, además, la formulación de los objetivos y las limitaciones que se presentaron.

El capítulo II estuvo organizado por medio de los antecedentes internacionales y nacionales, asimismo, los modelos teóricos dirigidos a la argumentación de las variables de estudio, además, las conceptualizaciones de cada constructo y sus dimensiones.

En el capítulo III, se desenvuelve toda la parte metodológica que estuvo constituida por el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, hipótesis, la

descripción de las variables y la operacionalización, métodos y técnicas de la investigación, y análisis de datos estadísticos.

En el capítulo IV, se discuten y examinan los resultados estadísticos considerando el formato sugerido por la 6ta edición de APA, allí se dilucida los resultados descriptivos e inferenciales, que responderán a las hipótesis propuestas.

En el capítulo V, se discuten los resultados de correlación, que a continuación llevo a la estructuración de las conclusiones y recomendaciones metodologías y estadísticas para futuros estudios.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. Realidad problemática

Desde hace más de un año, el mundo vuelve a experimentar una nueva epidemia causada por la enfermedad del coronavirus (COVID-19), cuya complicación más común es el síndrome de dificultad respiratoria aguda; extendiéndose a muchos países del mundo, siendo la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei que pertenece a la República Popular China la fuente de inicio. La infección se puede incubar de tres a seis días antes de requerir hospitalización después de siete días. En 181 países/regiones se reconoció la infección del COVID-19, reportándose 350 millones de casos auténticos y ha generado 5 millones de muertos. En China, el 80% de los pacientes tiene síntomas leves, el 15% está hospitalizado y el 5 % requiere cuidados intensivos; aunque el 14% ha desarrollado recientemente una enfermedad grave, la tasa de mortalidad es del 2.3%. Los factores de riesgo detectados fueron personas mayores de 60 años con comorbilidades como insuficiencia cardiovascular, diabetes, cáncer y asma (Martínez-Taboas, 2020).

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) dijo que el impacto negativo de la epidemia es cada vez más preocupante debido al distanciamiento social forzado, el miedo al contagio y las muertes repetidas de familiares y amigos, agravándose aún más esta situación a causa de la angustia por la pérdida de ingresos económicos familiares debido a la pérdida de empleo.

Es el personal médico y de enfermería el que constituye la primera línea de atención contra la pandemia de COVID-19, al estar expuesto a circunstancias que contenidamente podrían afectar su salud mental. Esto se debe a diversas causas como el miedo a contagiar la infección entre familiares y amigos, además del aumento de la carga de trabajo por la abrumadora demanda de cuidados. La exhibición a un entorno rico en factores estresantes junto con una mayor carga de trabajo contribuye

a un manejo inadecuado del estrés crónico, el llamado síndrome de (Vinuesa et al., 2020).

En China se administró el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en 880 profesionales de salud, así como un Cuestionario de Estilos de Afrontamiento. El 64% fueron médicos y 36% enfermeras. La presencia de burnout se observó en la dimensión de agotamiento emocional en 9.09%, en la dimensión de despersonalización en 50.57%, en la dimensión de bajo desarrollo personal en 56.59% y una puntuación total de 73.98%. Por otro lado, se observó que trabajar en un área de elevado riesgo de infección por la COVID-19 y tener un estilo de afrontamiento negativo puede inquietar a las tres dimensiones de burnout. Asimismo, se ha observado que más trabajo nocturno y la aparición de síntomas de COVID-19 incrementarán el agotamiento emocional y la despersonalización, entre tanto una elevada intensidad de labor puede aumentar el agotamiento emocional y el poseer un título profesional superior puede disminuir la realización personal (Liu et al., 2020).

En Latinoamérica, en el país de Ecuador, se llevó a cabo una indagación sobre burnout en una localidad de Ecuador incluyendo a 224 profesionales sanitarios de las entidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y demás entidades de salud concernientes a la red integral de salud ecuatoriana; los resultados mostraron que más del 90% de médicos y enfermeras evidenciaron un nivel de burnout de moderado a severo, siendo los médicos más afectados que las enfermeras, teniendo un alcance general así como en las sub-escalas de agotamiento emocional y despersonalización.

El burnout tiene un impacto directo en la asistencia sanitaria, el absentismo, la reducción de la satisfacción de los profesionales sanitarios y los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad en la plantilla, los cambios dinámicos

en la familia y el riesgo de que los pacientes adopten cuidados de menor nivel. La calidad supera las expectativas y los errores en las prescripciones médicas, pueden causar efectos negativos (Pillco, 2017).

La coyuntura sanitaria no ha sido ajena a Perú. Según Agencia Andina (2022) el sector salud enfrenta situaciones especiales que aumentan aún más el estrés asociado a sus funciones, tales como: exceso de trabajo de cuidado, presión del trabajo en el contexto de la pandemia, exposición al riesgo de contagio por el virus, atención a pacientes emocionalmente inestables, preocupación por la ausencia de equipos de protección de bioseguridad y medios terapéuticos para cada uno de los usuarios. Asimismo, los temas antes mencionados afectaron la calidad de la atención brindada, la comprensión de estos casos y la toma de decisiones importantes en su rol.

Todos estos aspectos actúan como potentes estresores, que podrían conllevar a desencadenar síndrome de burnout en personal de salud que brindan servicios de atención médica en la Clínica Maison de Santé de localidad de Santiago de Surco, distinguido por un agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización, atentando contra su bienestar psicológico y la productividad, en la medida que se encuentran más irritables, ausencia de un trato cordial hacia el paciente, quejas constantes por parte de los pacientes al no recibir un servicio de calidad, se comenten distintas negligencias en la atención y tratamiento de los pacientes, etc. (Pillco, 2017).

Por lo tanto, se enuncia la subsiguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana?

## **1.2. Justificación e importancia de la investigación**

La indagación cuenta con justificación teórica, porque contribuye con la revisión, selección y verificación de los principales modelos o enfoques teóricos que explican el surgimiento del burnout y el bienestar psicológico en profesionales de salud de una clínica de la localidad de Santiago de Surco, en Lima, siendo esta población altamente vulnerable a experimentar agotamiento físico y mental como parte del estrés crónico, causado por el aumento de pacientes contagiados por COVID-19, repercutiendo directamente en su bienestar psicológico.

La investigación dispone de justificación metodológico, en cuanto brinda datos sobre los aspectos psicométricos de los instrumentos manejados, de esta forma, contribuye al fortalecimiento de los instrumentos que se adaptan a las peculiaridades del personal de salud. De esta forma, servirán de base para futuros estudios sobre las dimensiones del bienestar psicológico y el burnout.

Por último, la indagación cuenta con justificación práctica, en la medida que beneficiará la calidad del servicio de salud que ofrece el establecimiento, a través de algún plan de acción, como programas de intervención, talleres, charlas, etc., que aborden y reduzcan las particularidades clínicas del síndrome de burnout. Asimismo, el personal de salud puede tomar conciencia de este fenómeno y adoptar las medidas respectivas para que no afecte su salud mental y rendimiento en el trabajo.

### **1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Establecer la relación entre burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Detallar el nivel de burnout del personal de salud en función al sexo.



2. Describir el nivel de bienestar psicológico del personal de salud en función al sexo.
3. Comparar el burnout en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.
4. Comparar el bienestar psicológico en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.
5. Puntualizar la relación entre la dimensión agotamiento emocional y bienestar psicológico del personal de salud.
6. Puntualizar la relación entre la dimensión despersonalización y bienestar psicológico del personal de salud.
7. Describir la relación entre la dimensión realización personal y bienestar psicológico del personal de salud.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

- El alcance de los resultados y conclusiones extraídos del análisis de los datos y sustentados con las bases teóricas - científicas, solo podrá generalizarse al marco muestral objeto de este estudio.
- El tiempo estimado para la administración de los instrumentos, se encontró estrechamente vinculado con la disposición del personal de salud de la clínica, extendiéndose más del plazo previamente establecido.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes del estudio**

### **2.2.1. Nacionales**

Chávez (2020) la asociación entre estrés laboral y bienestar psicológico fue indagado por este autor quien utilizó un tipo de diseño no experimental-correlacional en personal asistencial de emergencia de un hospital de Cajamarca. Aplicando la Escala de Estrés Laboral de Ivancevich y Matteson, junto a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en un grupo de muestra conformada por 154 individuos del personal asistencial de emergencias, obtuvo como resultados que el nivel de estrés laboral era alto en ambos sexos, mientras que el nivel de bienestar psicológico fue alto en mujeres y medio en varones; se comprobó, además, la existencia de una correlación negativa y significativamente débil entre el estrés laboral y el bienestar psicológico ( $\rho = -.176$ ;  $p = .029$ ). Así mismo, obtuvo que, dicha relación inversa, se presentaba también entre el estrés laboral y los componentes del bienestar psicológico, tales como: autonomía, clima y territorio organizacional difiriendo en que, en dichas dimensiones, la significancia resultó moderada.

Jaque (2019) planteó como propósito estipular la asociación que pueda tener el bienestar psicológico y la calidad de vida laboral en el personal de enfermería del Hospital Cayetano Heredia en la ciudad de Lima. El diseño del estudio fue cuantitativo, no experimental, corte transversal, nivel básico y tipo descriptivo – correlacional. 185 enfermeras del hospital nacional formaron parte del tamaño de muestra y valiéndose para ello del uso de dos instrumentos para la recolección de datos, siendo estos dos instrumentos, las escalas de tipo Likert, la primera de estas medía la Calidad de Vida Laboral (WRQoL) de Easton y Van Laar; la segunda escala, por su parte, medía el bienestar psicológico. Entre los resultados se encontró una prevalencia de una calidad de vida laboral en nivel bajo en un 53% de la muestra y a

su vez, el 65.4% reveló un nivel bajo de bienestar psicológico, lo que evidenció una relación de tipo positiva y altamente significativa ( $\rho=.636$ ;  $p<.01$ ). Lo que significa que un bajo bienestar psicológico del personal de enfermeras es derivado de una baja calidad de vida laboral.

Santa-Cruz (2017) investigó la asociación que existe entre el bienestar psicológico y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Clínica Pacífico de la ciudad de Chiclayo, con tipo de diseño no experimental, descriptivo correlacional y trabajando en una muestra conformada por 72 profesionales de enfermería tanto técnicos como licenciados, para ello hace uso de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Sánchez-Canovas y el MBI (Maslach Burnout Inventory) desarrollada por Maslach y Jackson para la obtención de datos de su muestra, se llegó a la conclusión de que, en cuanto al bienestar psicológico, existía una predominancia por el nivel alto (73.6%), por otro lado, el síndrome de burnout presentó una predominancia en el nivel medio (77.8%). La correlación entre el bienestar psicológico y síndrome de burnout fue negativa y de intensidad moderada ( $\rho=-.65$ ), lo que aprobó la hipótesis planteada, demostrando una relación existente entre ambas variables.

Pillco (2017) muestra una indagación de la correlación entre burnout y bienestar psicológico y sus seis dimensiones, en un hospital nacional de Lima Metropolitana, usando para ello un tipo de diseño no experimental y descriptivo-correlacional de enfoque cualitativo, en grupo de enfermeras intensivistas. Desarrollando dicha investigación en un grupo poblacional de 55 enfermeras intensivistas, se administró la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y el Inventario de Burnout de Maslach para recolectar los datos y procesar los resultados. Al análisis de resultados de todos los participantes se obtuvieron resultados de burnout como:

un nivel leve en un 14.5%, nivel moderado un 56.4% y el 29.1% un nivel agudo en cuanto al bienestar psicológico obtuvo resultados como: nivel bajo el 92.7% y nivel medio el 7.3%. La relación inversa y significativa de estos dos fue constatada ( $\rho=-0.518$ ;  $p=0.00$ ); a su vez, observo la relación inversa y significativa en función a variable burnout y las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía ( $\rho=-.620$ ), relaciones positivas ( $\rho=-.459$ ), autoaceptación ( $\rho=-.620$ ), crecimiento personal ( $\rho=-.522$ ) y propósito en la vida ( $\rho=-.374$ ).

Arias et al. (2017) también hicieron una investigación en la ciudad de Arequipa en un grupo de personal salud de hospitales y centros médicos locales para observar la prevalencia y comparar los datos según variables sociodemográficas. Fue un estudio de tipo descriptivo, empleándose el Inventario de Burnout de Maslach. La muestra estuvo constituida por 213 trabajadores, cuyas edades promedio fueron de 37 años, incluyendo hombres (35.7%) y mujeres (63.8%). El reflejo estadístico muestra síndrome de burnout fue moderado en un 90.6% de, agotamiento emocional leve en un 51.6%; el nivel más bajo los obtuvieron las dimensiones de despersonalización con 43.2% y realización personal con 61% de los trabajadores evaluados. Se encontraron discrepancias significativas de la dimensión despersonalización, donde los hombres alcanzaron ( $p=0.14$ ) como puntuación más alta así también para síndrome de burnout en función al total, siendo también mayor para los hombres ( $p=0.042$ ). En cuanto al tiempo de servicio, se encontraron discrepancias en todas las dimensiones y en la puntuación total, siendo los trabajadores con menor tiempo de servicio los que tienen la puntuación más alta. Finalmente, al comprarse el cargo laboral, se encontró diferencias altamente significativas en trabajadores con un cargo jerárquico más alto (jefaturas o asistentes)

específicamente en despersonalización ( $p=.003$ ) y de baja realización personal ( $p=.004$ ).

### **2.2.2. Internacionales**

Intriago (2019) haciendo uso del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) indago las causas del síndrome del quemado en trabajadores hospitalarios de la Dirección distrital Junín-Bolívar (Ecuador). El tipo de estudio que aplicaron fue descriptivo y transversal, se trabajó con 65 personas entre personal médico, paramédico y enfermera en funciones operativas. Las derivaciones mostraron que el 83% no tenía el síndrome; el 15% de la población estudiada de trabajadores sanitarios padece síndrome de fatiga crónica y finalmente un porcentaje mínimo del 2% tiene riesgo de padecerlo. El personal de enfermería presenta un total de 4 casos siendo el grupo más afectado, los médicos generales con funciones de enfermería por su lado presentan solo 2 casos. 35 casos negativos presentes en las mujeres las convierten en las que menos padecen el síndrome. En función a las edades 7 casos positivos en el rango de 26 a 40 años son los más afectados.

Veliz et al. (2018) realizaron una investigación hacia 121 profesionales de la salud pertenecientes al área de atención primaria de distintos centros de salud en la Región de Los Lagos, en Chile. El objetivo fue determinar el nivel de bienestar psicológico y burnout del grupo de personal de salud participantes y a su vez, establecer la relación que existe entre ambas variables. Utilizando para mencionada investigación el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada por Véliz et al. (2018). El estudio fue de diseño no experimental, tipo correlacional y enfoque cuantitativo. Entre los resultados se encontró que la muestra del estudio presento niveles entre medio y alto de burnout en un 53.3%, además de un alto nivel de bienestar psicológico (61%); por último, se comprobó la evidencia de

una relación positiva entre el nivel de realización personal y el bienestar psicológico ( $r=.53$  y  $p<.01$ ).

En ese mismo año, Castillo (2018) desarrollo un estudio donde se enfocó en determinar la existencia del síndrome de burnout y bienestar psicológico en una muestra de 35 enfermeros del Hospital Nacional José Felipe Flores en Totonicapán, en México. A dicha muestra, se le aplicó la MBI (Inventory Maslach Burnout) elaborado por Maslach (1982) a su vez, la EBP (Escala de Bienestar Psicológico) perteneciente a Sánchez. El tipo y diseño del estudio fue definido como descriptivo y no experimental. Los resultados de la investigación establecieron que a nivel grupal no existía síndrome de burnout en el personal, de igual forma se encontró un nivel aceptable y favorable de bienestar psicológico, donde el 53% del personal de atención mostró un nivel alto; Finalmente, se encontraron factores de riesgo debido a las altas puntuaciones en agotamiento emocional (43%) y despersonalización (40%).

Benalcázar (2017) realizo un estudio para evaluar el síndrome de burnout entre el personal de enfermería de atención primaria de salud en el distrito 10D01 (Ibarra, Urcuquí y Pimampiro), en Ecuador. La investigación fue cuantitativa, pertenecía al diseño no experimental y era de tipo descriptivo, transversal; los instrumentos empleados para la evaluación fueron el Maslach Burnout Inventory, propuesta por Cristina Maslach y una encuesta sobre factores estresantes. Dichos instrumentos arrojaron los resultados del estudio, entre los cuales resaltaron que el 57.33% de la muestra presentó agotamiento emocional del nivel medio; el 20% evidenciaba despersonalización, un 7% presentaba insatisfacción laboral; por otro lado, una mayoría porcentual (80%) afirmó que solo algunas veces habrían presentado signos de estrés. Los hombres mostraron un mayor nivel de agotamiento emocional, despersonalización y bajo crecimiento personal que las mujeres. El tiempo de servicio

de 11 a 20 años y mayor a 31 años, evidencian nivel intermedio de agotamiento emocional, la despersonalización se presenta en un nivel intermedio para mayor a 31 años y nivel alto en quienes trabajan de 21 a 30 años. En cuanto a baja realización profesional, el grupo de 21 a 30 años cuentan con un nivel alto.

Miranda et al. (2016) investigaron en el estado de Hidalgo, México, a un grupo de enfermeras que laboraban en 5 servicios sociales y hospitales del instituto de seguridad social y en 16 hospitales del ministerio de salud. Fue un estudio transversal, con una muestra formada por 535 participantes, administrándose el Maslach Burnout Inventory (MBI). Al realizar el reporte de resultados evidenciaron que 33.8% (181 de 535) tiene el síndrome de burnout, donde el 6.7% (36 de 535) presentan nivel alto de este síndrome. En cuanto a sus dimensiones pudieron observar que agotamiento emocional presentó un 44.1%, despersonalización el 56.4% y además el 92.9% una realización personal baja. Al comparar la edad, el servicio en el que estaba activo el cuidador (si su carga de trabajo significaba una mayor carga) y la ausencia injustificada, se encontraron diferencias significativas ( $p < .05$ ). Finalmente, el 19.1% de los trabajadores de la salud encontró que el ambiente de trabajo era desfavorable; 56.8% dijo que los insumos eran insuficientes; Por otro lado, el 53.4% dijo que el ausentismo de sus compañeros tuvo un impacto importante en su desempeño.

## **2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado**

### **2.2.1. Síndrome de burnout**

#### **Definición.**

El vocablo burnout procede del idioma inglés, traducándose al español como para ser quemado. Existe un acuerdo casi unánime en establecer 1974 como el origen del año académico del síndrome de burnout (quemarse), cuyo autor pionero en su estudio fue Herbert Freudenberger. En otras palabras, hace más de 32 años



empezaron las indagaciones acerca del burnout, al registrarse importantes avances sobre el mismo (Gil-Monte, 2005).

En la década de 1980, Cristina Maslach y Susana Jackson, dan a conocer su definición de síndrome de burnout, que ha trascendido de forma teórica y empírica a lo largo de los años. Las autoras consideran que este síndrome está compuesto por tres principales síntomas que a su vez corresponden a las tres dimensiones del instrumento que diseñaron: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El llamado agotamiento emocional, hace referencia a la fatiga física y psicológica expresada como la impresión de no poder brindar mayor apoyo de uno mismo a los demás que lo requieren. La despersonalización se expresa en una actitud fría y despersonalizada para con las personas atendidas y hasta a sus propios compañeros, mostrándose distantes, irritables, cínicos, etc. La denominada falta de realización personal o insuficiencia personal, que resulta de evidenciar reiteradamente que las exigencias que se le imponen superan su aptitud para afrontarlo convenientemente (Maslach y Jackson, 1981).

Como señalan los autores antes mencionados, el bajo desarrollo personal en el ámbito laboral se conoce como la predisposición de los profesionales a autoevaluarse negativamente, y de manera particular, esta valoración negativa perturba la habilidad para ejecutar el trabajo y el involucramiento con los individuos a quienes asisten. Los profesionales exteriorizan insatisfacción consigo mismos e insatisfechos con las secuelas de su trabajo. Con dolorosa decepción y una sensación de decepción íntima y profesional. Se entiende por agotamiento emocional, de acuerdo con Maslach y Jackson (1981), aquella experiencia donde los empleados perciben una sensación de no poder expresar sus estados emocionales. En otras palabras, se han agotado los recursos propios para manifestar adecuadamente sus

emociones, debido al contacto y cuidado cotidiano de personas (pacientes, estudiantes o clientes) que demandan ser atendidas como parte de sus labores.

De la misma forma, la despersonalización se define a partir de la presencia de actitudes y connotaciones negativas en desarrollo, tales como el cinismo y frialdad hacia los otros que obtienen el trabajo. Son consideradas por los profesionales (enfermeras, policías, profesores, vendedores, etc.) como personas deshumanizadas al mostrar endurecimiento emocional y exceso de irritabilidad, provocando que se les culpe de sus dificultades. Conjuntamente, suelen tomar distancia de los pacientes y miembros del equipo de trabajo, de sus jefes, familiares de los pacientes y por lo general de su red social y familiar, al percibirlos molestos, cínicos, irónicos e incluso despreciativos (Maslach y Jackson, 1981).

Según Edelwich y Brodsky (1980) hablan del burnout como: “Una pérdida progresiva de idealismo, energía y motivos experimentados por las personas en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones laborales” (p. 28). Estos estudiosos formulan cuatro períodos por los que atraviesa toda persona que sufre de burnout: a) entusiasmo, distinguido por altas pretensiones, desbordamiento de energía y ausencia de la noción de peligro; seguido de b) estancamiento, que se presenta tras el incumplimiento de las expectativas originales; c) frustración, en la que empiezan a emerger inconvenientes afectivos, físicos y de comportamiento, haciendo de esta fase el eje céntrico del síndrome; y d) la apatía que padece el sujeto y que compone el mecanismo de afronte ante la frustración.

Años más tarde, Kahill (1988) definió el burnout como una sintomatología resultante del sufrimiento interpersonal crónico en el lugar de trabajo. Se caracteriza por sentimientos de disminución de la autoeficacia, desánimo, despersonalización y

cansancio, ligados a circunstancias crónicas tanto vividas como a exigencias excesivas en el entorno laboral.

Viniccia y Alvaran (2004) distinguen al burnout como un estado de fatiga elevada y constante, acompañada de desgaste de energía, reducida motivación e intensa irritabilidad, que ocurre en el ambiente de trabajo como en el contexto familiar; además, surge el enfado, agresión y desmoralización generado por dificultades laborales o del hogar.

Por su parte, Gil-Monte (2005) concibe esta anomalía como aquella respuesta de carácter psicológico hacia el estrés laboral crónico, diferenciado por aspectos interpersonal y afectivo que se genera en los profesionales de corporaciones de servicios que laboran directamente con clientes o usuarios de la institución. El deterioro cognitivo, es una característica propia de esta respuesta, considerada un desgaste del entusiasmo e instigación profesional por las actividades laborales asignadas. De igual forma, el agotamiento emocional y físico, caracterizan el surgimiento del deterioro afectivo. Por último, aparecen actitudes y comportamientos contraproducentes tales como indiferencia, distancia, lesivos y fríos, hacia los usuarios o clientes, así como a los miembros de la organización; el sentimiento de culpa, en algunos casos, puede acompañar a estas actitudes.

### **Modelos teóricos sobre el síndrome de burnout.**

La bibliografía consultada distingue dos clases de modelos del síndrome de burnout: a) modelos integrales o inclusivos, que abordan la asociación de este síndrome con otras variables, consideradas antecedente y consecuencia del mismo síndrome para conocer su surgimiento y b) proceso de modelización, que abordan la asociación entre los indicios característicos del síndrome a partir de su conceptualización y proceso de desarrollo.

### **a) Modelos inclusivos.**

Como dice Gil-Monte y Peiró (1999) se consiguen reconocer tres marcos teóricos desde los que se han perfilado esta clase de modelos:

El modelo teórico socio cognitiva del yo de Bandura (1997), conforma el primer modelo explicativo y el modelo de competencia social de Harrison (1983) serían uno de los modelos a destacar, el cual considera a la autoeficacia percibida una variante asociada al surgimiento del síndrome. Este autor asume que los profesionales que laboran en la atención a personas, opinan que su desempeño profesional se encuentra fuertemente influido por su habilidad para examinar sus relaciones con clientes y la retroalimentación que consiguen de estos. Muchas veces, debido a que estos profesionales reciben críticas negativas con respecto a su realización y se dan cuenta de que no están logrando sus propósitos establecidos, aunque se compromete y esfuerzan ante la ausencia de cooperación por parte del cliente, generando un estado de fracaso profesional y una crisis de autoeficacia.

El segundo grupo de modelos incluye los desarrollados a partir de las teorías del intercambio social. Estos modelos toman en cuenta los principios de la teoría de la equidad relacionado al modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) o la teoría de la conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993). Sugieren que los orígenes del síndrome de burnout radican primordialmente en la percepción de injusticia o ausencia de ingresos que generan los individuos como consecuencia del proceso de comparación social a la hora de construir relaciones interpersonales. Los profesionales al brindar servicios de ayuda desarrollan vínculos de intercambio (ayuda, aprecia, gratitud, por ejemplo) hacia los beneficiarios de su ocupación y demás colaboradores de la organización. Estos profesionales, a mediano y largo plazo, toman consciencia de que están aportando más de lo que acogen a cambio de

su compromiso personal y esfuerzo, sin poder manejar la situación de manera adecuada, despliega el síndrome.

La incorporación de variables desde la teoría organizacional, son asumidos en el tercer grupo de modelos. Los estresores del ambiente organizacional y las estrategias de afrontamiento manejadas son peculiaridades relevantes ante la experiencia del síndrome. Estos modelos incorporan al síndrome como una reacción ante el estrés laboral. Así tenemos el modelo de Winnubst (1993) que destaca la trascendencia de la cultura organizacional, el clima laboral y la estructura. Junto con estos enfoques teóricos, hay dos enfoques desarrollados recientemente que deben tenerse en cuenta:

- Enfoque interaccionista: incluye los aspectos propuestos por los modelos anteriores y variables particulares. Se toma en cuenta la personalidad resiliente o resiliencia, como cualidad que influye directamente al burnout (Garrosa et al., 2008). Cumple a su vez un efecto modulador de asociación entre las fuentes de estrés y la extensión del síndrome de burnout (Garrosa et al., 2010).
- Modelo de demanda-control de Karasek: Tomando como referencia este modelo, Bakker et al. (2003) formularon el modelo de recursos – demanda, cuya aplicación sirve para analizar al burnout. Las condiciones organizacionales, sociales, psicológicas y físicas del lugar de trabajo vienen hacer las demandas, que implican efectuar un esfuerzo físico o psicológico (puede ser cognitivo o emocional) y acarrea un coste fisiológico o psicológico para el empleado (sobrecarga de trabajo y trabajo afectivo, por ejemplo). Más bien, los recursos son aquellos aspectos del ambiente laboral que favorecen la búsqueda de metas profesionales, disminuyen la necesidad y la motivación y suscitan el crecimiento personal y profesional.

Un modelo de estabilidad en el que se puede identificar un proceso dual en el que la demanda excesiva conduce a la aparición del síndrome de burnout y otros problemas de salud, mientras que la presencia de recursos genera un proceso motivacional que genera una sensación de logro profesional, compromiso con la organización y desarrollo de la participación (Bakker et al., 2003).

### **b) Modelos de proceso.**

Es a partir del Maslach Burnout Inventory (MBI) que surgen los modelos de con mayor frecuencia en la bibliografía. Dichos modelos analizan la asociación entre las tres dimensiones de este instrumento, que explica el transcurso de desarrollo del burnout; se evalúan factores cognitivos (realización personal del trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) de la mente. Diferentes autores, han contrastado empíricamente el modelo tridimensional del MBI, hipotetizando distintos patrones de asociaciones causales entre sus componentes:

- Maslach (1982) asume que el burnout se origina con el surgimiento del agotamiento emocional, luego aflora la despersonalización, en último lugar, surge la baja realización personal en el ámbito laboral.
- Golembiewski et al. (1983) precisaron que el burnout recorre un proceso iniciado con la despersonalización hasta la baja realización personal en el ámbito laboral, el último síntoma que se establece es el agotamiento emocional.
- Leiter (1993) declara un modelo nuevo donde el agotamiento emocional permanece como un indicio antecedente de la despersonalización (conocido como the core of burnout), no obstante, la baja realización personal en el ámbito laboral surge como un indicio que no muestra asociación causal con los dos síntomas.

- Gil-Monte et al. (1998) proponen que el burnout se origina de forma conjunta con la baja realización personal en el ámbito laboral y elevado agotamiento emocional, seguido de la presencia de despersonalización.

El Modelo de Gil-Monte (2005): De acuerdo con este autor, el deterioro cognitivo (ausencia de ilusión por trabajar) junto al deterioro emocional (desapego mental) de la persona, permiten el surgimiento del burnout; después, aparecen actitudes negativas dirigidas a los usuarios o clientes de la organización, funcionando como una estrategia de afrontamiento ante la práctica grave de estos tipos de deterioro. Acompañado de estos aspectos típicos del burnout, se aprecian en ciertas personas la presencia de sentimientos de culpa.

Los sentimientos de culpa, se consideran aspectos destacados en el modelo que permite explicar la asociación entre el burnout y ciertas consecuencias relevantes, entre ellas la depresión (Gil-Monte, 2012). Basado en esta variable, el modelo plantea dos clases de personalidad en los individuos que han desarrollado el síndrome (Gil-Monte, 2005). Por una parte, tenemos el perfil uno, que conlleva al surgimiento de una agrupación de sentimientos y comportamientos afines con el estrés laboral que suscitan una representación moderada de malestar, sin dejar incapacitado a la persona en el cumplimiento de sus funciones laborales; sin embargo, podría cumplirlos mejor. La característica más resaltante de este perfil es la baja ilusión por el ámbito laboral, acompañado a elevados grados de desgaste mental e indolencia, aunque las personas no evidencian sentimientos de culpa. Por otra parte, encontramos el perfil dos conformado aquellos casos con mayor deterioro a causa del burnout. Involucra los indicios mencionados en el perfil uno, añadiendo que manifiestan elevados grados de sentimientos de culpa, acreditando una mayor intensidad y frecuencia de dificultades psicósomáticas asociadas a la presión laboral;

pueden llegar incluso a surgir desórdenes emocionales como la ansiedad y depresión, siendo estas consecuencias directas del burnout (Gil-Monte, 2012).

### **Antecedentes del síndrome de burnout.**

Tradicionalmente, el síndrome de burnout ha sido visto como un estado episódico de una historia disfuncional patógena que media en sí misma consecuencias nefastas, tanto para el individuo como para la organización (Siegal y McDonald, 2004). De tal manera que hay muchas formas de clasificar los posibles factores estresantes. Los antecedentes se pueden agrupar en tres niveles: personales, profesional y organizacionales.

#### **a) Antecedentes personales.**

Es un interés constante abordar los antecedentes personales. Indagaciones diversas tuvieron como propósito buscar, seleccionar y comprobar aquellos elementos personales que actúan como factores de vulnerabilidad que pueden favorecer un indicio de burnout. Es así como determinados estudios han reportado asociación directa entre burnout y el locus de control extremo (Semmer, 2006) y frágil resiliencia (Alarcón et al., 2009). El agotamiento profesional, se ha vinculado estrechamente con diversos componentes de la personalidad (Big five). El neuroticismo, por ejemplo, se vincularía con el agotamiento emocional, entre tanto, la extraversión, la apertura a la experiencia y la amabilidad se encuentran asociadas de manera negativa con la despersonalización (Kim et al., 2007).

#### **b) Antecedentes profesionales.**

El burnout, en este nivel, se encuentra asociado a las interacciones que entabla el individuo con su entorno laboral cotidiano. El excesivo peso que acarrea las funciones profesionales estrechamente vinculados a las fuentes y recursos de bienestar y motivación conllevan a un desequilibrio psicológico. Han sido distintos



modelos teóricos que resalta el análisis de este desequilibrio, recientemente el modelo de desequilibrio demanda – recursos propuesto por Bakker et al. (2003).

Lee y Ashforth (1996) sostiene que el estrés de rol (conflicto, ambigüedad y congestión), el tiempo de trabajo, las pensiones, la carga emocional de la ocupación (trabajo emocional) y las interrupciones entre funciones profesionales y diligencias extraprofesionales, como las responsabilidades familiares, son considerados exigencias relevantes vinculados con el origen del burnout. Los recursos a los que se hace referencia con mayor frecuencia son la autonomía, las diferentes tareas, el desarrollo personal, la autoestima y distintas maneras de ayuda social.

La fuente de este conflicto de asociación entre el hombre y su trabajo del mismo modo se aborda desde una perspectiva de desmotivación. La desilusión (Edelwich y Brodsky, 1980) o el temor a perder recursos motivacionales (Hobfoll, 2001), en este sentido, igualmente se presentan como orígenes significativos del síndrome de burnout.

### **c) Antecedentes organizacionales.**

El tercer nivel de análisis, desde una perspectiva general, examina la concordancia entre el síndrome de agotamiento de un individuo y el contexto de las particularidades organizacionales. Los contextos socioeconómicos y culturales se incluyen aquí como elementos que pueden beneficiar el surgimiento del burnout (Maslach y Leiter, 2008). Stone et al. (2007) de la misma manera han destacado el impacto de un entorno regulatorio deficiente como resultante del síndrome.

### **Consecuencias del síndrome de burnout.**

Así como los antecedentes, las consecuencias del síndrome de burnout cuentan con tres categorías: personales, interpersonales y organizacionales.

#### **a) Consecuencias personales.**

El síndrome de burnout viene a ser una representación de un padecimiento mental y su correspondencia con el estado de salud personal se han investigado últimamente. La depresión, ansiedad, culpa y reducida autoestima, entre otras, son algunos desordenes como efectos que aparecen asociados al burnout, deteriorando así la salud mental del profesional (Gil-Monte, 2005). El síndrome de agotamiento también se asocia con enfermedades físicas disfuncionales. Por ejemplo, se ha vinculado con dificultades cardiovasculares, dificultades para dormir, dificultades musculoesqueléticas y agotamiento general (Leone et al., 2009). Al final, Cunradi et al. (2003) consideran que el alcoholismo, el consumo desproporcionado de cafeína y dependencia de drogas son conductas de riesgos hacia la salud producidas como efectos de sufrir burnout.

#### **b) Consecuencias interpersonales.**

El síndrome de burnout es un factor importante que contribuye a la disfunción social. Así, en el ámbito laboral, esta anomalía se asocia a conductas contra las normas sociales. Se pueden atribuir diferentes tipos de abuso al agotamiento mental y la violencia que involucran a compañeros de trabajo y clientes. Sin embargo, los efectos del síndrome de burnout no se limitan al entorno laboral. De hecho, se ha demostrado que también puede perturbar al entorno personal y familiar (Westman et al., 2001).

#### **c) Consecuencias organizacionales.**

Las secuelas del burnout perturban la salud integral en el contexto organizacional. Las actitudes y conductas negativas emitidas por los profesionales, son características esenciales de este síndrome, convirtiéndose en una discapacidad organizacional, tal que afecta la competitividad y supervivencia de la organización. A través de diversos estudios, se ha comprobado una asociación entre el síndrome de

agotamiento y la reducción del desempeño. El bajo desempeño se manifiesta de diversas maneras: ausentismo, intención de renunciar y rotación de empleados (El-Sahili, 2015).

El síndrome de burnout laboral evidencia secuelas para un mismo ambiente laboral, afectando tanto al ámbito económico como al social. Por ejemplo, se refiere al deterioro de la calidad de los servicios prestados, la evolución de la responsabilidad social empresarial y las medidas legales adoptadas por los usuarios/clientes (El-Sahili, 2015).

### **El síndrome de burnout en personal profesional de la salud.**

El burnout es el producto de una situación laboral en la que una persona siente que se golpea la cabeza contra una pared día tras día, y aunque se preocupa y se dedica a mejorar la vida de los demás, que están apegados (enfermos), a menudo ven fracaso y miseria en sus prácticas diarias con sufrimiento, pobreza, crueldad, peligro, dolor, muerte, así como intranquilidad por el creciente número de denuncias legales por mala conducta. Lo mencionado daña severamente las sensibilidades, y muchos profesionales de la salud terminan creando una barrera, insensibilizando los castigos de otros (Saborío e Hidalgo, 2015).

Las fuentes de estrés son amplias e implican un desequilibrio entre las expectativas del paciente y de la organización, y la competencia de los profesionales para lograr estos resultados. Al mismo tiempo, hay un aumento en las labores administrativas (protocolos, registros electrónicos, etc.), la cantidad de pacientes, la disponibilidad de médicos y su exposición a las instalaciones electrónicas, en las tareas asignadas hay una disminución una disminución de los recursos necesarios para realizar las tareas asignadas, así como como ingresos (Dyrbye et al., 2017).

Por lo demás, la salud es calificada por la sociedad como un derecho para todos, siendo así, cada uno de los profesionales se compromete a prepararse en la atención de las necesidades derivadas de la enfermedad. Las habilidades tanto físicas como psicológicas son puesta a prueba en cada profesional, por lo tanto, esas habilidades pueden amortiguar o debilitar su desempeño, esencialmente ante situaciones difíciles (Saborío e Hidalgo, 2015).

### **2.2.2. Bienestar psicológico**

#### **Definición.**

En Psicología, así como en otras disciplinas de conocimientos, el bienestar ha tomado mayor interés debido al impacto que acarrea en la vida de los individuos; dicho concepto ha estado ligado con términos como felicidad, salud mental y calidad de vida, así como con diferentes cualidades personales y contextuales coligadas.

Seligman (2005), desde la psicología positiva, adoptó e íntegro aquellos conceptos vinculados con felicidades, bienestar, así como enfoques positivos y optimistas propias de la salud mental, abandonando el énfasis más tradicional en la enfermedad o salud mental negativa.

Ryan y Deci (2001) afirman que el bienestar se aborda y se comprende desde dos perspectivas diferentes, la hedónica y la eudaimónica. El hedonista entiende el bienestar como el logro de la felicidad maximizando el placer y reduciendo el dolor. Eudaimónica sugiere que el bienestar es el logro del potencial humano, la realización de la verdadera naturaleza.

Desde una perspectiva empírica, el concepto subjetivo de bienestar procede de una filosofía hedónica; mientras tanto, el concepto bienestar psicológico deriva de la filosofía eudaimónica. Si bien ambos conceptos son distintos, se encuentran estrechamente vinculados (Ryff, 1989; Diener, 2000).

Hasta hoy no existe un consenso único sobre la definición que se le debe otorgar a bienestar psicológico, surgiendo diferentes propuestas para conceptualizarlo, así tenemos que el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2012) concibe al bienestar psicológico, como un estado del individuo en el que se muestra sensible al funcionamiento óptimo de la actividad corporal y mental. Por esta razón, los hombres se ven forzados cada día a adoptar nuevas estrategias para conservar una vida sana y exitosa, y mantenerse alejados de muchos factores negativos, como: ansiedad, estrés, pensamientos obsesivos sobre las imágenes y negativos; por ejemplo, para eludir la responsabilidad social o por inconvenientes que las personas no pueden resolver por sí mismas, por ausencia de interés o apoyo de los otros.

Fierro (2000) sugiere que el bienestar psicológico califica como práctica para preservar personalmente la salud mental y así generar responsabilidad en las personas, y esto crea y es consciente de experiencias positivas o vivencias de una vida feliz.

Por su parte, Salanova et al. (2005) afirman que: “El bienestar psicológico es el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el nivel de satisfacción personal de lo que se ha hecho, se está haciendo o se puede hacer” (p. 43).

Posteriormente, Molina y Meléndez (2006) sostienen que el bienestar psicológico es producto de un proceso de construcción personal fundamentado en el desarrollo psicológico de la persona y la aptitud de reaccionar de manera armónica ante las situaciones que debe enfrentar en su vida. Por lo tanto, el bienestar psicológico estará determinado por el grado de equilibrio entre las expectativas, los ideales y los hechos que un individuo logre o busque, todos expresados en términos

de satisfacción individual, habilidades y capacidad para responder a eventos significativos para su adaptación.

Vásquez (2009) expresa que: “El aspecto cognitivo, reflexivo y valorativo acompañan al bienestar psicológico como también reacciones y estados emocionales que se experimenta diariamente y que estaría focalizado en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos, en el esfuerzo y el ímpetu por conseguir metas trazadas” (p. 89).

Finalmente, Veenhoven (2013) describe el concepto de bienestar psicológico como: “La medida en que un individuo evalúa su vida pública en términos de aspectos positivos, es decir, el sujeto evalúa la vida en una escala de comodidad con la vida a la que aspira” (p. 20).

Es importante mencionar que el término bienestar psicológico solía confundirse o igualarse al concepto de bienestar subjetivo propuesto por Diener en 1980, pero fue Carol Ryff quien formula una definición más objetiva y concreta, cuya denominación fue bienestar psicológico (Li, 2014). Ryff (1989) mencionó al bienestar psicológico como un intento de desarrollar la capacidad y el potencial de uno, para que la vida logre su propio significado, y la búsqueda de alcanzar y trascender metas preciosas, a pesar de los obstáculos de la vida.

### **Modelos teóricos sobre el bienestar psicológico**

#### **a) Teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci.**

Fue planteado por Ryan y Deci (2000) haciendo énfasis en que la condición social en la que se encuentran inmersas cada persona es un determinante en la expresión de conductas proactivas y comprometidas, o por el contrario conductas inactivas o alienadas. Son las circunstancias que favorecen el entorno social, objeto

de estudio de esta teoría, frente a las que obstaculizan los procesos esenciales de automotivación y progreso psicológico saludable.

Las personas tendrán indudables necesidades psicológicas innatas, que son el sustento de una personalidad motivadora e integral, por lo demás, el entorno social en el que crezcan beneficiará o dificultará estos procesos, y esto es positivo. Dichos entornos sociales son clave para el desarrollo y la operación exitosos. Los entornos que no apoyan estas necesidades psicológicas favorecen a la alienación y el sufrimiento (Cuadra y Florenzano, 2003).

Utilizando una metodología empírica, identificaron tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: competencia, autonomía y relaciones interpersonales. La satisfacción de estas necesidades es una clave de predicción para el desarrollo psicosocial. Cuando las personas están intrínsecamente motivadas, pueden realizar su potencial y desarrollar gradualmente desafíos cada vez mayores. El modelo insinúa la importancia del contenido de la meta, porque muestra el tipo de actividades en las que participa el individuo, el motivo del compromiso y el progreso en el logro de la meta, lo que tendrá un impacto profundo en el bienestar psicológico del sujeto (Cuadra y Florenzano, 2003).

#### **b) Modelo multidimensional de Ryff.**

Para explicar el bienestar psicológico, Ryff (1989) integro una serie de teorías y postulados que han procurado definir el funcionamiento psicológico positivo. Así tenemos el concepto de autorrealización de Abraham Maslow, la visión de pleno funcionamiento de la persona de Carl Roger, la formulación de la individualización de Carl Jung y la concepción de madurez de Gordon Allport. Añadió los criterios positivos de la salud mental de Johada, que reemplazaba las definiciones del bienestar como la ausencia de enfermedad y describir ampliamente lo que significa tener una buena

salud psicológica; también, agrego las perspectivas teóricas de los filósofos Bertrand Russell y John Stuart Mill (Meneses et al., 2016).

Ryff (1989) encontró puntos importantes en común y a partir de ello propuso una integración que permitió el surgimiento de una teoría alternativa que contenía las dimensiones del bienestar psicológico, fueron seis las dimensiones del bienestar en común, siendo estas: “Auto-aceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal” (p. 69). En sus investigaciones, Ryff y Keyes (1995) descubrieron que el desarrollo personal y los objetivos de la vida declinan con el tiempo (ambos rasgos de la edad adulta) y que el control ambiental y la independencia aumentan con el tiempo (adulthood tardía y adulthood).

Cabe destacar que la autora manifestó que muchos de estos elementos no habían sido contemplados en la investigación empírica dominante componentes claves del bienestar, a pesar de haber sido planeados por diversos autores muy representativos en la psicología y otras disciplinas.

En seguida, Ryff (1989) operacionalizó las dimensiones mencionadas para poder crear instrumentos de medición factorizado y de auto reportes, que permitan evaluarlas y llevarlas así al campo empírico. Dadas las definiciones bipolares de cada dimensión se construyen las escalas.

### **c) Modelo de acercamiento a la meta.**

Cuadra y Florenzano (2003) afirman que las metas (el estado interior que las personas quieren) y los valores son las primordiales guías de vida, entre tanto los conflictos personales (que las personas suelen hacer en la vida cotidiana) son objetivos de bajo nivel. Este modelo establece que los signos de felicidad difieren entre los individuos según sus metas y valores. El punto de partida de esta meta es



que las personas obtengan y mantengan su bienestar en el ámbito donde le dan particular relevancia, de esta manera permitirán que las personas difieran en sus metas y valores, y por tanto difieran en las fuentes de satisfacción. El punto de partida de la meta como modelo moderador es que “Las personas obtengan y mantengan su bienestar principalmente en el área donde le dan especial importancia y esto en la medida en que los individuos difieran en sus metas y valores, diferirán en sus satisfacciones” (Oishi, 2000, p. 67).

Diener y Fujita (1995) estudiaron la covarianza de recursos (dinero, apoyo familiar, habilidades sociales, inteligencia) para un índice de los recursos asociados con el bienestar, y concluyeron que las personas eligen los conflictos interpersonales en los que controlan los recursos en cuestión, con la idoneidad de sus objetivos y recursos, como predictor de bienestar.

Los sujetos que no cuentan con recursos suficientes para alcanzar ciertos propósitos tienen el poder de cambiarlos. Incluso las personas con objetivos en el mismo campo pueden diferir en la forma en que establecen los objetivos en función de los objetivos anteriores que se han logrado. Con el tiempo, es probable que algunos recursos produzcan beneficios modestos. Sólo cuando los recursos son escasos pero necesarios para lograr ciertos objetivos (por ejemplo, necesidades biológicas) puede continuar la estrecha relación entre los recursos y la salud. Parece que los individuos a menudo pueden conseguir su bienestar psicológico al hacer coincidir sus objetivos con los recursos disponibles para ellos. El modelo asume que los predictores se distinguen de una cultura a otra, según las necesidades y los valores compartidos (Cuadra y Florenzano, 2003).

### **Dimensiones del bienestar psicológico.**

Ryff (1989) fue la primera que planteó un modelo multidimensional del bienestar psicológico, el cual plantea que las personas se esfuerzan por desempeñar plenamente y hacer realidad sus aptitudes únicas. Su modelo está compuesto por seis dimensiones con direcciones negativas o positivas:

- Autoaceptación: Se refiere a mantener una alta aceptación personal poseyendo una actitud positiva de sí misma, destacando y aceptando los aspectos negativos y positivos de su personalidad.
- Relaciones positivas con los otros: Se basa en mantener relaciones de calidad con los demás, siendo satisfactorias y de confianza, demostrar preocupación por el bienestar ajeno, amor e intimidad con los demás y mostrar empatía.
- Autonomía: Implica la necesidad de autodeterminación, independencia y autorregulación de la conducta. Es la habilidad de actuar de forma independiente para oponer resistencia a la presión social y juzgarse a sí mismo de acuerdo con los propios estándares.
- Dominio del entorno: Se refiere a la gestión de las necesidades y oportunidades de su entorno para satisfacer sus necesidades y capacidades. Por medio de la actividad física y mental, los eventos y efectos pueden controlarse en contexto. De esta forma, el sujeto puede aprovechar las oportunidades que se le presenten en el entorno.
- Propósito en la vida. Se trata de un sujeto con un propósito y un sentido de dirección y propósito; que pueda comprender sus experiencias pasadas y actuales y el propósito de su vida.
- Crecimiento personal. Consiste en desprender lo mejor de uno mismo, las habilidades, talentos, haciendo uso de capacidades de potencialidad y un persistente crecimiento.

Sin embargo, Sánchez-Cánovas (2007) comprende al bienestar psicológico como un sentimiento de felicidad y es una percepción subjetiva. Este concepto se refleja en la satisfacción con la vida o en la frecuencia e intensidad de las emociones positivas. Al desarrollar su Escala de Bienestar Psicológico, precisa que este constructo se encuentra compuesto por cuatro dimensiones.

- Bienestar subjetivo: “Se relaciona con la felicidad o el bienestar y diferencia entre la satisfacción con la vida, por un lado, y el afecto positivo y negativo, por el otro” (Sánchez-Cánovas, 2007, p. 32).
- Bienestar material: “Se basa en medir la percepción de los ingresos económicos, bienes materiales y cuantificables, en función de la satisfacción e insatisfacción que conciben” (Sánchez-Cánovas, 2007, p. 32).
- Bienestar laboral: “Se sustenta en la satisfacción o insatisfacción laboral como una parte importante de la satisfacción general” (Sánchez-Cánovas, 2007, p. 32).
- Bienestar relacionado con la pareja: “Se refiere al establecimiento de relaciones satisfactorias y la modificación del matrimonio, como el grado de reconciliación entre marido y mujer en una etapa determinada” (Sánchez-Cánovas, 2007, p. 32).

### **Factores asociados al bienestar psicológico.**

Vielma y Alonso (2010) señalan ciertos factores influyentes en el bienestar psicológico:

- Factores socio-culturales: Donde la persona pertenece a un círculo social y su bienestar puede variar según el género o nivel socioeconómico.

- Factores del sistema de creencias: Refiere a las convicciones predeterminadas que ha ido recolectando a lo largo de su vida trayendo una sensación de bienestar frente a situaciones establecidas.
- Factores de la personalidad: Involucra las particularidades mentales y comportamentales de la persona influyendo de esta manera en el accionar de ciertas situaciones.
- Factores biológicos: Hace referencia a los determinantes genéticos que dan cierta predisposición a sufrir desórdenes mentales.

### **2.3. Definición conceptual de la terminología empleada**

- Síndrome de burnout: “Condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente” (Maslach y Jackson, 1997, p. 13).
- Bienestar psicológico: “Percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, del grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal o subjetiva” (Casullo et al., 2002, p. 53).
- COVID-19: “La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2” (OMS, 2020, p. 10).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **3.1.1. Tipo**

La investigación fue correlacional y su propósito fue comprender las conexiones o asociaciones entre dos o más variables en una muestra o ambiente particular. “Cuando se trata de una muestra de sujetos, el investigador aprecia la existencia de los fenómenos que quiere asociar, y luego las correlaciona mediante técnicas estadísticas de análisis de correlación” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 76).

#### **3.1.2. Diseño**

El diseño fue no experimental y de carácter transversal, concibiéndose como la indagación que se consigue ejecutar sin maniobra deliberada de atributos. En otras palabras, “Se trata de un estudio en el que no se modifican deliberadamente variables independientes para comprender sus efectos sobre otras variables, sino que se limita a observar fenómenos que ocurren en el medio natural y luego analizarlos” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 89).

### **3.2. Población y muestra**

#### **3.2.1. Población**

La población objeto de indagación quedó instituida por 259 profesionales, entre hombres (45%) y mujeres (55%), incluyendo médicos y enfermeras cuyas edades fluctúan entre 25 y 60 años, que laboran en la clínica Maison de Santé sede Surco, ubicada en Av. Alfredo Benavides 5362, localidad de Santiago de Surco, en la provincia y departamento de Lima, que ofrecen servicios de medicina de emergencia y familia, cardiología, infectología, oftalmología, cirugía, medicina general, neurología y psiquiatría.

#### **3.2.2. Muestra**

La muestra quedo establecida por un total de 131 profesionales de la salud que trabajan en la mencionada clínica, 98 mujeres (74.8%) y 33 hombres (25.2%), en mayor porcentaje sus edades oscilan entre 31 a 40 años (53.4%), de estado civil soltero(a) (54.2%) y que llevan trabajando de 4 años a más (53.4%), como se contempla en la tabla 1. La cantidad de muestra se alcanzó a través del cálculo de la fórmula de tamaño de muestra, considerando un grado de confianza igual a 95% y un margen de error del 5%. El muestreo para conformar la muestra fue de tipo no probabilístico e intencional.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la muestra*

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	33	25.2
Mujer	98	74.8
Edad		
20 a 30 años	38	29.0
31 a 40 años	70	53.4
41 a 50 años	18	13.7
51 a 60 años	5	3.8
Estado civil		
Soltero(a)	71	54.2
Casado(a)	27	20.6
Conviviente	26	19.8
Divorciado	7	5.3
Tiempo de servicio		
6 meses	14	10.7
Entre 6 meses y 1 año	12	9.2
Entre 1 año y 3 años	35	26.7
4 años a más	70	53.4
Total	131	100

Además, se estipularon los subsecuentes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión.**

- Profesionales entre 25 y 60 años.
- Profesionales que laboran en la clínica Maison de Santé sede Surco.
- Profesionales que trabajan de seis meses a más en la clínica Maison de Santé sede Surco.
- Profesionales que admitan participar libremente del estudio.

**Criterios de exclusión.**

- Profesionales mayores a 60 años o menores a 25 años.
- Profesionales que no laboran en la clínica Maison de Santé sede Surco.
- Profesionales que no trabajan más de seis meses en la clínica Maison de Santé sede Surco.
- Profesionales que no accedan a participar libremente del estudio.
- Profesionales que no respondan los cuestionarios.

**3.3. Hipótesis****3.3.1. Hipótesis general**

- $H_0$ : El burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico en el personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.
- $H_g$ : El burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico en el personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.

**3.3.2. Hipótesis específicas**

- $H_0$ : No existen discrepancias significativas al comparar el burnout en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.



- H<sub>1</sub>: Existen discrepancias significativas al comparar el burnout en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.
- H<sub>0</sub>: No existen discrepancias significativas al comparar el bienestar psicológico en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.
- H<sub>2</sub>: Existen discrepancias significativas al comparar el bienestar psicológico en función al estado civil y tiempo de servicio del personal de salud.
- H<sub>0</sub>: La dimensión agotamiento emocional del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.
- H<sub>3</sub>: La dimensión agotamiento emocional del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.
- H<sub>0</sub>: La dimensión despersonalización del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.
- H<sub>4</sub>: La dimensión despersonalización del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.
- H<sub>0</sub>: La dimensión realización personal del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.
- H<sub>5</sub>: La dimensión realización personal del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.

#### **3.4. Variables – Operacionalización**

**Tabla 2***Matriz de operacionalización de burnout*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Burnout	“Es aquella condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede suceder frecuentemente entre los individuos cuya responsabilidad implica atención o ayuda a personas” (Maslash y Jackson, 1981, p. 31).	Puntaje obtenido a través del Inventario de Burnout de Maslash y Jackson (1997), que cuenta con 22 ítems.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento emocional</li> <li>• Despersonalización</li> <li>• Realización personal</li> </ul>	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 5, 10, 11, 15, 22 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Intervalo, la suma total de los ítems que la conforman.	Alto Medio Bajo

**Tabla 3***Matriz de operacionalización de bienestar psicológico*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Bienestar psicológico	“Es el desarrollo de las capacidades y crecimiento personal en donde la persona muestra indicadores que reflejan un funcionamiento positivo” (Díaz et al., 2006, p. 59).	Puntaje obtenido a través de la Escala de Bienestar Psicológico de 29 ítems de Díaz et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-aceptación</li> <li>• Relaciones positivas</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Dominio del entorno</li> <li>• Crecimiento personal</li> <li>• Propósito en la vida</li> </ul>	1, 7, 17 y 24 2, 8, 12, 22 y 25 3, 4, 9, 13, 18 y 23 5, 10, 14, 19 y 29 21, 26, 27, y 28 6, 11, 15, 16 y 20	Intervalo, la suma total de los ítems que la conforman.	Alto Medio Bajo

### 3.5. Métodos y técnicas de investigación

El método hipotético – deductivo fue admitido en este estudio, concebido como “Aquel procedimiento investigativo que inicia con la observación de un hecho o problema, permitiendo la formulación de una hipótesis que explique provisionalmente dicho problema, para luego realizar su comprobación” (Quesada et al., 2018, p. 24).

La encuesta fue admitida como técnica, concebida por López-Roldán y Fachelli (2015) como el proceso de “Recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida” (p. 8). En seguida, se describen los principales instrumentos utilizados:

### **3.5.1. *Inventario de Burnout***

#### **Ficha técnica.**

Nombre original	: Maslach Burnout Inventory (MBI).
Nombre traducido	: Inventario de Burnout de Maslach (IBM).
Autores	: Cristina Maslach y Susan Jackson.
Año	:1981.
Adaptación española	: Nicolás Seisdedos.
Adaptación peruana	: Llaja, Sarriá y García.
Año	: 2007.
Tipo de aplicación	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: 20 minutos.
Ámbito de aplicación	: Adultos.
Significación	: Evalúa tres áreas del síndrome de estrés laboral asistencial: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.
Nº de ítems	: 22.

#### **Aspectos psicométricos.**

Maslach y Jackson (1986), en cuanto a la validez concurrente, consiguieron correlaciones estadísticas significativas entre las escalas conductuales: Tedium

Measure (TM), el Staff Burnout Sacela (SBS-HP) y el Meier Burnout Assessment (MBA) con el Maslach Burnout Inventory (MBI), corroborando que las puntuaciones globales del instrumento miden el mismo constructo.

Asimismo, Maslach y Jackson (1986), en sus estudios originales con el Maslach Burnout Inventory (MBI), al efectuar las evidencias de confiabilidad, las tres sub - escalas alcanzaron índices apropiados de consistencia interna por medio de la técnica alfa de Cronbach, mostrando índice de .90 para agotamiento emocional, .79 para despersonalización y .71 para realización personal. Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1999), obtuvo una confiabilidad similar con un alfa de Cronbach de .87 para agotamiento emocional, menos de .67 para despersonalización y .72 para realización personal.

Por tanto, el coeficiente de estabilidad se calculó (test-retest) dos veces. El primero se realizó con una población egresada de servicios sociales con un período de espera de dos a cuatro semanas entre solicitudes; obtenga un índice de confiabilidad de 0.82 para fatiga emocional, 0.60 para despersonalización y 0.80 para desarrollo personal. En el segundo trámite, se trabajó con una población escolar y el tiempo entre solicitudes fue de un año; alcanzando un índice de 0.60 para el agotamiento emocional, 0.54 para la despersonalización y 0.57 para el desarrollo personal (Maslach y Jackson, 1997).

En Perú, Vásquez (2020) se propuso determinar los aspectos psicométricos del Inventario de Burnout de Maslach en participantes de una empresa. La validez de contenido se obtuvo por medio del coeficiente Aiken con la participación de nueve expertos, indicando índices entre 0.94% y 1.00% para coherencia, claridad y relevancia, demostrando adecuadas evidencias basadas en el contenido. Después, el instrumento fue sometido a un Análisis Factorial Confirmatorio con el propósito de

verificar su estructura tridimensional. A través del método scale free least squares. El índice de ajuste parsimonioso sin ajustar fue de .892, y el ajustado de .863, cuyos valores fueron mayores a .50, que indican un buen ajuste del modelo. Se deduce, de los resultados obtenidos, que el modelo estructurado en tres dimensiones tiende a mostrar un buen ajuste en la población analizada. Por otro lado, a partir del análisis factorial confirmatorio se evidenció que los 22 reactivos que constituyen la prueba manifiestan pesos sectoriales entre .36 y .84, puntajes mayores al puntaje mínimo aceptable (0.30).

En cuanto a la confiabilidad, Vásquez (2020) recurrió al cálculo del coeficiente omega, conseguido mediante una estimación puntual y una estimación por intervalo con un nivel de confianza igual al 95%. Se aprecia que para los tres factores: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal los coeficientes fueron 0.866, 0.814 y 0.874 respectivamente, encontrándose dentro del rango aceptable (>.70).

### **Estudio piloto.**

Para la revisión en las propiedades psicométricas del instrumento, se decidió realizar un estudio piloto en una muestra de 100 profesionales de la salud de una clínica de Lima Metropolitana.

#### **a) Validez por análisis de ítems.**

Se procedió a realizar el análisis de ítems del Inventario de Burnout de Maslach con la finalidad de observar si cada ítem presenta una correlación con el puntaje total del instrumento.

**Tabla 4***Correlación ítem test del Inventario de Burnout de Maslach*

Ítems	Puntaje Total	$\rho$	Ítems	Puntaje Total	$\rho$
Ítem 1	0.578**	0.000	Ítem 12	0.422**	0.000
Ítem 2	0.594**	0.000	Ítem 13	0.548**	0.000
Ítem 3	0.646**	0.000	Ítem 14	0.623**	0.000
Ítem 4	0.458**	0.000	Ítem 15	0.323**	0.000
Ítem 5	0.422**	0.000	Ítem 16	0.632**	0.000
Ítem 6	0.400**	0.000	Ítem 17	0.335**	0.000
Ítem 7	0.426**	0.000	Ítem 18	0.320**	0.000
Ítem 8	0.682**	0.000	Ítem 19	0.349**	0.000
Ítem 9	0.332**	0.000	Ítem 20	0.496**	0.000
Ítem 10	0.354**	0.000	Ítem 21	0.356**	0.000
Ítem 11	0.459**	0.000	Ítem 22	0.593**	0.000

*Nota:*  $\rho$ = significancia estadística.

En la tabla 4 se halló que todos los reactivos de la prueba tienen correlaciones por encima de 0.3 y muy significativas ( $p < 0.01$ ) con el puntaje total del Inventario de Burnout de Maslach. Por lo tanto, se afirmó que todos los ítems aportan significadamente a la medición general de la variable síndrome de burnout. Por ello, la prueba quedo constituida por 22 ítems.

### **b) Confiabilidad.**

**Tabla 5***Coefficientes de alfa de Cronbach del Inventario de Burnout de Maslach*

Variable	Nº de Ítems	$\alpha$	Interpretación
Burnout	22	.785	Aceptable
Agotamiento emocional	9	.879	Elevado
Despersonalización	5	.736	Aceptable
Realización personal	8	.816	Elevado

La tabla 5, exhibe los resultados del análisis de consistencia interna a través del coeficiente de alfa para autenticar la confiabilidad de los ítems que constituyen el instrumento; a grado general, se halló un coeficiente alfa de 0.785, la dimensión

agotamiento emocional consiguió un valor alfa de 0.879, la dimensión despersonalización un valor alfa de 0.736, y la dimensión realización personal un valor alfa de 0.816, cuya interpretación se encuentra entre aceptable y elevado.

### **3.5.2. Escala de Bienestar Psicológico**

#### **Ficha técnica**

Nombre original	: Scales of Psychological Well-Being (SPWB).
Nombre traducido	: Escala de Bienestar Psicológico (EBP).
Autora	: Carol Ryff y Corey Lee Keyes.
Año	: 1995.
Adaptación al español	: Darío Díaz, Raquel Rodríguez, Amalio Blanco, Bernardo Moreno, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirk van Dierendonck.
Adaptación peruana	: Carranza (2015).
Tipo de aplicación	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: 20 minutos.
Ámbito de aplicación	: Adolescentes y adultos.
Significación	: Evalúa el nivel de bienestar psicológico mediante sus componentes: auto-aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.
Nº de ítems	: 29.

#### **Aspectos psicométricos.**

Díaz et al. (2006) indicaron que las escalas de ambas versiones consiguieron elevadas correlaciones: Auto-aceptación (0.94); relaciones positivas (0.98); autonomía (0.96); dominio (0.98); crecimiento personal (0.92) y propósito en la vida



(0.98), entonces, se demostró que la versión española de 39 ítems representa adecuadamente los elementos teóricos fundamentales de cada una de las dimensiones.

Para corroborar la confiabilidad del instrumento, Díaz et al. (2006) indican que: “Realizaron el análisis estadístico obteniendo buena consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach mayores o iguales que 0.70” (p. 68).

En el Perú, Carranza (2015) efectuó el cálculo del coeficiente de correlación producto – momento de Pearson ( $r$ ) para corroborar la validez de estructura interna (constructo) encontrando valores significativos ( $p < 0.05$ ) para las correlaciones entre los componentes (sub-test) y el constructo (bienestar psicológico). De esta manera, se confirma que los reactivos aportan al dominio del instrumento; cabe señalar que la dimensión auto-aceptación fue la que consiguió la correlación estadística más elevada (0.844), siendo esta la dimensión con mayor representación de la escala (Carranza, 2015).

De igual modo, en la indagación de Carranza (2015), menciona que: “El resultado del método por consistencia interna global de la Escala de Bienestar Psicológico fue de .870 siendo un indicativo de confianza, superando los valores de punto de corte de .70” (p. 89). Asimismo, son adecuados los índices alfa de Cronbach tomados en cuenta para cada dimensión, que se encuentran entre 0.53 y 0.76; desde el punto de vista de los supuestos estadísticos, muestran una buena coherencia; y por tanto suficiente fiabilidad.

### **Estudio piloto.**

Para la revisión en las propiedades psicométricas del instrumento, se decidió realizar un estudio piloto en una muestra de 100 profesionales de la salud de una clínica de Lima Metropolitana.

### a) Validez por análisis de ítems.

Se procedió a realizar el análisis de ítems de la Escala de Bienestar Psicológico con la finalidad de observar si cada ítem presenta una correlación con el puntaje total del instrumento.

**Tabla 6**

*Correlación ítem test de la Escala de Bienestar Psicológico*

Ítems	Puntaje Total	$p$	Ítems	Puntaje Total	$p$
Ítem 1	0.322**	0.000	Ítem 16	0.653**	0.000
Ítem 2	0.314**	0.000	Ítem 17	0.651**	0.000
Ítem 3	0.363**	0.000	Ítem 18	0.683**	0.000
Ítem 4	0.422**	0.000	Ítem 19	0.349**	0.000
Ítem 5	0.522**	0.000	Ítem 20	0.631**	0.000
Ítem 6	0.636**	0.000	Ítem 21	0.619**	0.000
Ítem 7	0.625**	0.000	Ítem 22	0.642**	0.000
Ítem 8	0.312**	0.000	Ítem 23	0.521**	0.000
Ítem 9	0.424**	0.000	Ítem 24	0.659**	0.000
Ítem 10	0.576**	0.000	Ítem 25	0.499**	0.000
Ítem 11	0.652**	0.000	Ítem 26	0.428**	0.000
Ítem 12	0.484**	0.000	Ítem 27	0.682**	0.000
Ítem 13	0.313**	0.000	Ítem 28	0.656**	0.000
Ítem 14	0.549**	0.000	Ítem 29	0.427**	0.000
Ítem 15	0.657**	0.000			

*Nota:*  $p$ = significancia estadística.

En la tabla 6 se halló que todos los ítems del instrumento tienen correlaciones por encima de 0.3 y muy significativas ( $p < 0.01$ ) con el puntaje total de la Escala de Bienestar Psicológico. Por lo tanto, se evidencio que todos los ítems aportan significadamente a la medición general de la variable bienestar psicológico. Por ello, la prueba quedo constituida por 29 ítems.

### a) Confiabilidad.

**Tabla 7***Coeficientes de alfa de Cronbach de la Escala de Bienestar Psicológico*

Variable	Nº de Ítems	$\alpha$	Interpretación
Bienestar psicológico	29	.792	Aceptable
Auto aceptación	4	.730	Aceptable
Relaciones positivas	5	.761	Aceptable
Autonomía	6	.789	Aceptable
Dominio del entorno	5	.763	Aceptable
Crecimiento personal	4	.734	Aceptable
Propósito en la vida	5	.859	Elevada

La tabla 7, exhibe los resultados del análisis de consistencia interna a través del coeficiente de alfa para autenticar la confiabilidad de los ítems que constituyen el instrumento; a grado general, se halló un valor alfa de 0.792, la dimensión auto aceptación se consiguió un valor alfa de .730, la dimensión relaciones positivas un valor alfa de .761, la dimensión autonomía un valor alfa de .789, la dimensión dominio del entorno un valor alfa de .763, la dimensión crecimiento personal un valor alfa de .734 y la dimensión propósito en la vida un valor alfa de .859, cuya interpretación oscilan entre aceptable y elevado.

### **3.6. Procesamiento de datos**

Se procederá a recolectar los datos por medio de formularios virtuales de Google una vez que se otorgue la autorización formal por parte de la alta dirección de la clínica Maison de Santé Sede Surco. El tiempo estimado de aplicación virtual será de 20 minutos. Estos formularios serán compartidos de forma individual al personal de salud de los diferentes servicios que libremente aceptarán colaborar con la indagación. Revisaran y aceptaran el consentimiento informado, las instrucciones, y se destacará el respeto a la confidencialidad por la información que serán consignados por cada participante, con el propósito de neutralizar el falseamiento de respuestas.

En seguida, una vez que se llegue a la cantidad de formularios por tamaño de la muestra, se diseñará una base de datos para consumir todos los análisis estadísticos pertinentes con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 25 en español para Windows.

Concluida la etapa de recolección de datos, estos fueron examinados con herramientas estadísticas de tipo descriptivas (media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes) presentándose en tablas bajo el formato APA 6ta edición. Este análisis permitirá comprender la manera en que se viene comportando los datos de cada constructo. Luego, se aplicó la prueba Kolmogorov – Smirnov (K – S), con el propósito de verificar la distribución normal de los puntajes, y con ello, examinar los datos a través de herramientas estadísticas inferenciales de forma oportuna para la comprobación de hipótesis.

## **CAPÍTULO IV**

# **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

## 4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

### 4.1.1. Síndrome de burnout

**Tabla 8**

*Medias y desviaciones estándar del burnout y sus dimensiones en la muestra total (n = 131)*

	Mín.	Máx.	M	DS
Agotamiento emocional	1	48	17.79	11.071
Despersonalización	1	24	5.50	5.173
Realización personal	10	48	36.66	8.157
Burnout	22	102	59.96	15.331

En la tabla 8, se estima que la media más elevada la consiguió la dimensión agotamiento emocional (M = 17.79; DS = 11.071), cuyo valor mínimo y máximo fueron 1 y 48; mientras tanto, la media más baja la obtuvo la dimensión despersonalización (M = 5.50; DS. = 5.173), cuyo valor mínimo y máximo fueron 1 y 24. De igual forma, se calculó una media de 59.96 para burnout, con una desviación estándar de 15.331, siendo el puntaje mínimo obtenido 22 y el puntaje máximo 102.

**Tabla 9**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión agotamiento emocional en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	77	58.8
Medio	24	18.3
Alto	30	22.9
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 9, se aprecia que el 58.8 % (77) del personal de salud se ubicaron en un nivel bajo para la dimensión agotamiento emocional, el 22.9% (30) se posicionaron en un nivel alto y el 18.3% (24) lograron un nivel medio.

**Tabla 10**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión despersonalización en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	73	55.7
Medio	29	22.1
Alto	29	22.1
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 10, se contempla que el 55.7% (73) del personal de salud consiguieron un nivel bajo para la dimensión despersonalización, y tanto el nivel medio como el nivel alto fueron representados por un 22.1% (29) cada uno.

**Tabla 11**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión realización personal en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	31	23.7
Medio	42	32.1
Alto	58	44.3
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 11, se aprecia que el 44.3% (58) del personal de salud se ubicaron en un nivel alto para la dimensión realización personal, el 32.1% (42) se posicionaron en un nivel medio y el 23.7% (31) lograron un nivel bajo.

**Tabla 12**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de burnout en función al sexo de la muestra total (n = 131)*

			Burnout			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Hombre	fi	-	22	11	33
		%	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
	Mujer	fi	3	68	27	98
		%	3.1%	69.4%	27.6%	100.0%
	Total	fi	3	90	38	131
		%	2.3%	68.7%	29.0%	100.0%

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 12, se contempla que del sub-grupo de hombres, el 66.7% (22) se ubicaron en un nivel medio para burnout y el 33.3% (11) se posicionaron en un nivel alto. Por su parte, del sub-grupo de mujeres, el 69.4% (68) alcanzaron un nivel medio para burnout, el 27.6% (27) adquirieron un nivel alto y el 3.1% (3) consiguieron un nivel bajo. En general, el 68.7% (90) del personal de salud, se encontraron en un nivel medio de burnout.

**Tabla 13**

*Medias y desviaciones estándar de bienestar psicológico y sus dimensiones en la muestra total (n = 131)*

	Mín.	Máx.	M	DS
Auto-aceptación	4	24	18.73	3.809
Relaciones positivas	7	25	15.99	3.236
Autonomía	8	28	18.34	3.693
Dominio del entorno	6	25	18.15	3.069
Crecimiento personal	6	24	17.87	2.873
Propósito en la vida	7	30	23.64	4.853
Bienestar psicológico	57	146	112.71	14.055

En la tabla 13, se aprecia que la media más elevada la adquirió la dimensión propósito en la vida (M = 23.64; DS = 4.853), cuyo valor mínimo y máximo fueron 7 y 30; mientras tanto, la media más baja la obtuvo la dimensión relaciones positivas (M = 15.99; DS = 3.236), cuyo valor mínimo y máximo fueron 7 y 25. De igual forma, se calculó una media de 112.71 para bienestar psicológico, con una desviación estándar de 14.055, siendo el puntaje mínimo 57 y el puntaje máximo 146.

**Tabla 14**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión autoaceptación en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	41	31.3
Promedio	58	44.3
Alto	32	24.4



Total	131	100
-------	-----	-----

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 14, se contempla que el 44.3% (58) del personal de salud se ubicaron en un nivel promedio para la dimensión autoaceptación, el 31.3% (41) se posicionaron en un nivel bajo y el 24.4% (32) adquirieron un nivel alto.

#### **Tabla 15**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión relaciones positivas en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	46	35.1
Promedio	56	42.7
Alto	29	22.1
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 15, se observa que el 42.7% (56) del personal de salud se colocaron en un nivel promedio para la dimensión relaciones positivas, el 35.1% (46) se posicionaron en un nivel bajo y el 22.1% (29) obtuvieron un nivel alto.

#### **Tabla 16**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión autonomía en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	45	34.4
Promedio	65	49.6
Alto	21	16.0
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 16, se observa que el 49.6% (65) del personal de salud se ubicaron en un nivel promedio para la dimensión autonomía, el 34.4% (45) se situaron en un nivel bajo y el 16% (21) adquirieron un nivel alto.

**Tabla 17**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión dominio del entorno en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	37	28.2
Promedio	79	60.3
Alto	15	11.5
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 17, se observa que el 60.3% (79) del personal de salud se ubicaron en un nivel promedio para la dimensión dominio del entorno, seguido de un 28.2% (37) que se colocaron en un nivel bajo y el 11.5% (21) consiguieron un nivel alto.

**Tabla 18**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión crecimiento personal en la muestra total (n = 131)*

Niveles	fi	%
Bajo	33	25.2
Promedio	68	51.9
Alto	30	22.9
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 18 se observa que el 51.9% (68) del personal de salud se encontraron en un nivel promedio para la dimensión crecimiento personal, el 25.2% (33) un nivel bajo y el 22.9% (30) lograron un nivel alto.

**Tabla 19**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión propósito en la vida en la muestra total (n = 131)*

	fi	%
Bajo	39	29.8
Promedio	62	47.3
Alto	30	22.9
Total	131	100

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 19, se observa que el 47.3% (62) del personal de salud se encontraron en un nivel promedio para la dimensión propósito en la vida, continuado de un 29.8% (39) que se ubicaron en un nivel bajo y el 22.9% (30) lograron un nivel alto.

**Tabla 20**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de bienestar psicológico en función al sexo de la muestra total (n = 131)*

			Bienestar psicológico			Total
			Bajo	Promedio	Alto	
Sexo	Hombre	fi	7	17	9	33
		%	21.2%	51.5%	27.3%	100.0%
	Mujer	fi	26	51	21	98
		%	26.5%	52.0%	21.4%	100.0%
	Total	fi	33	68	30	131
		%	25.2%	51.9%	22.9%	100.0%

*Nota:* fi = frecuencia absoluta; % = porcentaje.

En la tabla 20, se contempla que del sub-grupo de hombres, el 51.5% (17) se ubicaron en un nivel promedio para bienestar psicológico, el 27.3% (9) se posicionaron en un nivel alto y el 21.2% (7) alcanzaron un nivel bajo. Por su parte, del sub-grupo de mujeres, el 52% (51) lograron un nivel promedio para bienestar psicológico, el 26.5% (26) adquirieron un nivel bajo y el 21.4% (21) consiguieron un nivel alto. En general, el 51.9% (68) del personal de salud, se localizaron en un nivel promedio de bienestar psicológico.

**Tabla 21**

*Análisis de bondad de ajuste de la distribución normal de las variables*

	Z de Kolmogorov - Smirnov	p
Burnout	.902	.390
Bienestar psicológico	1.237	.094

*Nota:* p = significancia estadística.

En la tabla 21 se muestra el análisis de bondad de ajuste de la distribución normal por medio del estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov. Se observa que tanto la variable burnout ( $p = .390$ ) como la variable bienestar psicológico ( $p = .094$ ) reportan un valor  $p$  mayor a  $.05$ ; por lo tanto, los datos de ambas variables se aproximan a una distribución normal. De esta forma, se justifica los análisis inferenciales de contrastación de hipótesis recurriendo a estadísticos paramétricos.

#### 4.2. Contrastación de hipótesis

**Tabla 22**

*Comparaciones del burnout y sus dimensiones en función al estado civil de la muestra total ( $n = 131$ )*

	Estado civil	M (DS)	F	p
Agotamiento emocional	Soltero	19.66 (11.93)	1.639	.184
	Casado	14.81 (9.49)		
	Divorciado	17.86 (12.46)		
	Conviviente	15.77 (9.13)		
Despersonalización	Soltero	5.59 (5.14)	.058	.981
	Casado	5.67 (5.05)		
	Divorciado	5.29 (4.27)		
	Conviviente	5.15 (5.83)		
Realización personal	Soltero	36.63 (8.45)	.324	.808
	Casado	36.26 (8.45)		
	Divorciado	39.57 (8.69)		
	Conviviente	36.38 (7.10)		
Burnout	Soltero	61.89 (15.46)	1.108	.348
	Casado	56.74 (14.75)		
	Divorciado	62.71 (18.63)		
	Conviviente	57.31 (14.54)		

Posteriormente, se procedió al cálculo el estadístico F de ANOVA para comprobar si las discrepancias obtenidas entre los grupos en función al estado civil del personal de salud eran significativas. Se puede contemplar en la tabla 22, que no

existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ). Por lo cual, se acepta la hipótesis específica nula.

**Tabla 23**

*Comparaciones del burnout y sus dimensiones en función al tiempo de servicio en el área clínica de la muestra total (n = 131)*

	Tiempo de servicio	M (DS)	F	p
	6 meses	16.00 (10.03)		
Agotamiento emocional	De 6 meses a 1 año	17.67 (10.85)	.208	.890
	De 1 año a 3 años	17.34 (9.83)		
	De 4 años a más	18.40 (12.01)		
	6 meses	4.43(4.48)		
Despersonalización	De 6 meses a 1 año	4.67 (4.86)	.452	.716
	De 1 año a 3 años	5.40 (5.76)		
	De 4 años a más	5.91 (5.09)		
	6 meses	33.36 (11.31)		
Realización personal	De 6 meses a 1 año	34.25 (7.20)	2.123	.101
	De 1 año a 3 años	35.77 (9.50)		
	De 4 años a más	38.19 (5.51)		
	6 meses	53.79 (16.94)		
Burnout	De 6 meses a 1 año	56.58 (15.07)	1.723	.166
	De 1 año a 3 años	58.51 (15.51)		
	De 4 años a más	62.50 (14.71)		

Después, se calculó el estadístico F de ANOVA para comprobar si las discrepancias obtenidas entre los grupos en función al tiempo de servicio en el área clínica eran significativas. Se puede contemplar en la tabla 23 que no existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ). Por ende, se acepta la hipótesis específica nula.

**Tabla 24**

*Comparaciones del bienestar psicológico y sus dimensiones en función al estado civil de la muestra total (n = 131)*

	Estado civil	M (DS)	F	p
Autoaceptación	Soltero	18.20 (4.16)	1.125	.342
	Casado	19.33 (3.40)		
	Divorciado	18.57 (3.91)		
	Conviviente	19.58 (3.04)		
Relaciones positivas	Soltero	16.65 (3.39)	3.431	.019 (*)
	Casado	14.78 (2.62)		
	Divorciado	17.29 (4.57)		
	Conviviente	15.12 (2.43)		
Autonomía	Soltero	18.77 (3.87)	2.241	.087
	Casado	16.96 (2.59)		
	Divorciado	20.14 (6.20)		
	Conviviente	18.08 (3.00)		
Dominio del entorno	Soltero	18.07 (3.14)	.124	.946
	Casado	18.37 (3.76)		
	Divorciado	18.57 (2.29)		
	Conviviente	18.00 (2.26)		
Crecimiento personal	Soltero	17.82 (3.10)	.026	.994
	Casado	17.89 (2.62)		
	Divorciado	17.86 (2.54)		
	Conviviente	18.00 (2.66)		
Propósito en la vida	Soltero	23.28 (5.27)	.464	.708
	Casado	23.56 (5.05)		
	Divorciado	24.29 (3.72)		
	Conviviente	24.54 (3.65)		
Bienestar psicológico	Soltero	112.79 (14.56)	.352	.788
	Casado	110.89 (14.47)		
	Divorciado	116.71 (19.54)		
	Conviviente	113.31 (10.73)		

Nota: (\*)  $p < .05$

A continuación, se calculó el estadístico F de ANOVA para comprobar si las discrepancias obtenidas entre los grupos en función al estado civil del personal de

salud eran significativas. Se puede contemplar en la tabla 24 que existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ) para la dimensión relaciones positivas, donde el grupo de divorciados obtuvo el mayor puntaje de media ( $F = 3.431$ ;  $p = .019$ ). Por ende, se acepta la hipótesis específica alternativa.

**Tabla 25**

*Comparaciones del bienestar psicológico y sus dimensiones en función al tiempo de servicio en el área clínica de la muestra total (n = 131)*

	Tiempo de servicio	M (DS)	F	p
Autoaceptación	6 meses	17.57 (4.55)	.779	.508
	De 6 meses a 1 año	18.50 (3.94)		
	De 1 año a 3 años	19.37 (3.31)		
	De 4 años a más	18.67 (3.87)		
Relaciones positivas	6 meses	13.79 (3.06)	3.950	.010 (*)
	De 6 meses a 1 año	16.08 (3.45)		
	De 1 año a 3 años	17.14 (3.48)		
	De 4 años a más	15.84 (2.89)		
Autonomía	6 meses	17.64 (3.41)	1.363	.257
	De 6 meses a 1 año	16.58 (3.80)		
	De 1 año a 3 años	18.40 (3.93)		
	De 4 años a más	18.74 (3.57)		
Dominio del entorno	6 meses	17.64 (2.30)	.626	.599
	De 6 meses a 1 año	17.50 (4.64)		
	De 1 año a 3 años	18.66 (3.25)		
	De 4 años a más	18.10 (2.79)		
Crecimiento personal	6 meses	17.93 (2.40)	.311	.818
	De 6 meses a 1 año	17.67 (4.43)		
	De 1 año a 3 años	18.26 (2.80)		
	De 4 años a más	17.70 (2.71)		
Propósito en la vida	6 meses	22.86 (4.76)	.248	.863
	De 6 meses a 1 año	23.08 (6.23)		
	De 1 año a 3 años	24.03 (4.70)		
	De 4 años a más	23.70 (4.76)		
Bienestar psicológico	6 meses	107.43(12.78)	1.480	.223
	De 6 meses a 1 año	109.42 (19.11)		
	De 1 año a 3 años	115.86 (13.72)		
	De 4 años a más	112.76 (13.32)		

Nota: (\*)  $p < .05$ .

Posteriormente, se calculó el estadístico F de ANOVA para comprobar si las discrepancias obtenidas entre los grupos en función al tiempo de servicio del personal de salud eran significativas. Se puede contemplar en la tabla 25 que existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ) para la dimensión relaciones positivas, donde el

grupo que llevan trabajando entre 1 año a 3 años, obtuvo el mayor puntaje de media ( $F = 3.950$ ;  $p = .010$ ). Por consiguiente, se acepta la hipótesis específica alternativa.

**Tabla 26**

*Medida de correlación entre burnout y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)*

		Bienestar psicológico
Burnout	$r_s$	-.270
	p	.043
	n	131

*Nota:*  $r_s$  = coeficiente de correlación; p = significancia.

En la tabla 26, se evidencia que la variable burnout obtuvo una correlación de tipo negativa, de intensidad baja y significativa ( $r_s = -.270$ ;  $p = .043$ ) con la variable bienestar psicológico; en otras palabras, a mayor puntuación del bienestar psicológico, menor puntuación de burnout en el personal de salud de una clínica en Santiago de Surco en pandemia por COVID-19.

**Tabla 27**

*Medida de correlación entre la dimensión agotamiento emocional y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)*

		Bienestar psicológico
Agotamiento emocional	$r_s$	-.142
	p	.537
	n	131

*Nota:*  $r_s$  = coeficiente de correlación; p = significancia.

En la tabla 27, se evidencia que no existe correlación estadísticamente significativa entre la dimensión agotamiento emocional del burnout y bienestar psicológico ( $r_s = -.142$ ;  $p = .537$ ) en el personal de salud de una clínica en Santiago de Surco en pandemia por COVID-19.



**Tabla 28**

*Medida de correlación entre la dimensión despersonalización y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)*

		Bienestar psicológico
Despersonalización	$r_s$	-.102
	p	.879
	n	131

*Nota:*  $r_s$  = coeficiente de correlación; p = significancia.

En la tabla 28, se evidencia que no existe correlación estadísticamente significativa entre la dimensión despersonalización del burnout y bienestar psicológico ( $r_s = -.102$  p = .879) en el personal de salud de una clínica en Santiago de Surco en pandemia por COVID-19.

**Tabla 29**

*Medida de correlación entre la dimensión realización personal y bienestar psicológico en la muestra total (n = 131)*

		Bienestar psicológico
Realización personal	$r_s$	.376
	p	.000
	n	131

*Nota:*  $r_s$  = coeficiente de correlación; p = significancia.

En la tabla 29, se evidencia que la dimensión realización personal obtuvo una correlación de tipo positiva, de intensidad moderada baja y altamente significativa ( $r_s = .376$ ; p = .000) con la variable bienestar psicológico; en otras palabras, a mayor puntuación en la dimensión realización personal, mayor puntuación del bienestar psicológico en el personal de salud de una clínica en Santiago de Surco en pandemia por COVID-19.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## 5.1. Discusiones

Es así que esta indagación, se planteó examinar acerca de la relación entre burnout y bienestar psicológico en una sub-población representativa de profesionales de la salud de una clínica del distrito de Santiago de Surco en contexto de pandemia por COVID-19. En afinidad con los objetivos propuestos, el primer descubrimiento estipula que el burnout obtuvo una correlación de tipo negativa, de intensidad baja y significativa ( $r_s = -.270$ ;  $p = .043$ ) con la variable bienestar psicológico. Estos resultados se asemejan con los de Santa-Cruz (2017), al reportar que el bienestar psicológico y síndrome de burnout obtuvieron una relación negativa, de intensidad moderada y significativa ( $\rho = -.65$ ) en el personal de enfermería de la Clínica Pacífico de una localidad de Chiclayo. Del mismo modo, Pillco (2017) al evaluar a 55 integrantes del área de enfermería intensiva de un hospital de Lima – Metropolitana, comprobó una relación inversa, de intensidad moderada y significativa entre burnout y bienestar psicológico ( $\rho = -.518$  y  $p = .00$ ).

En este contexto, Veliz et al. (2017) argumentan que los resultados pueden relacionarse con el hecho de que la salud colectiva y el bienestar humano son en principio considerados bienes deseables por la sociedad, en cuyo caso la comunidad de profesionales de la salud espera desarrollar una vida armoniosa que considere satisfacer las necesidades básicas y posibilite establecer ciertos patrones de desarrollo que garanticen la vida. Así, el bienestar y mejora de las condiciones debe percibirse como relevante y con un papel preponderante en la salud física y mental; por tanto, deben estar presentes en los planes de desarrollo de los centros de salud como un área relevante para asegurar la calidad de la atención, pues en la medida en que haya mayor bienestar y menos estrés en el trabajo, la preocupación por la

salud de los demás reaparece como el principal objetivo del profesional (Veliz et al., 2018).

Otro de los objetivos que se trazaron fueron precisar los niveles de cada variable en la muestra analizada. Así tenemos que para burnout el 68.7% (90) del personal de salud, se encontraron en un nivel medio de burnout, seguido de un 29% (38) que se posiciona en el nivel alto y el 2.3% (3) que se encuentra en el nivel bajo. A la luz de los resultados, se puede corroborar la externalización de indicadores de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1997); Asimismo, se puede reportar una pérdida gradual de idealismo, energía y motivaciones experimentadas por las personas, debido a las condiciones laborales (Edelwich y Brodsky, 1980).

Estudios como los de Miranda et al. (2016) corroboran estos resultados al reportar que el 33.8% (181 de 535) del personal de enfermería que laboraban en 16 hospitales de la Secretaría de Salud y en cinco hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales evidenciaron síndrome de burnout, de los cuales el 6.7% (36 de 535) presentaron un alto nivel de burnout. De igual forma, encontraron que el 44.1% presentaba agotamiento emocional; 56.4% despersonalización, y 92.9% baja realización personal. Benalcázar (2017) encontró en el personal de enfermería del primer nivel de atención en salud del distrito 10D01, que el 57.33% presentó agotamiento emocional del nivel medio; el 20% evidenciaba despersonalización, un 7% presentaba insatisfacción laboral. No obstante, discrepa con los hallazgos de Castillo (2018) al determinar que no existía síndrome de burnout en el personal de enfermería del Hospital Nacional José Felipe Flores en Totonicapán, en México, cuyas razones pueden deberse a cuestiones económicas, laborales y socioculturales.

Por otro lado, en cuanto al bienestar psicológico, se declaró que el 51.9% (68) del personal de salud, se encontraron en un nivel promedio, el 25.2% (33) se localizan en el nivel bajo y el 22.9% (30) se ubican en el nivel alto. Lo anterior demuestra que existe un importante grupo de profesionales de la salud que perciben un “Adecuado desarrollo de sus propias capacidades y potencialidades, adquiriendo significado, para lograr con esfuerzo y superación metas valiosas, a pesar de las adversidades de la vida” (Ryff, 1989, p. 48). Es decir, muestran un “Equilibrio entre las expectativas, los ideales, las realidades logradas o perseguidas, todo expresado en términos de satisfacción, y habilidades personales y capacidad de respuesta para afrontar los acontecimientos de la vida con el fin de alcanzar el éxito a su adaptación” (Molina y Meléndez, 2006, p. 51).

Lo reportado líneas arriba, discrepa con lo hallado por Veliz et al. (2018) quien descubrió que el 61% de profesionales de la salud pertenecientes al área de atención primaria de distintos centros de salud en la Región de Los Lagos, en Chile obtuvieron un nivel alto. En cuanto a Pillco (2017) encontró que el 92.7% del personal de enfermería intensiva de un hospital de Lima Metropolitana presentaron un nivel bajo y el 7.3% conto con un nivel medio de bienestar psicológico.

Consecutivamente, se indagó si las diferencias de los puntajes de cada variable y sus componentes eran significativas en función al estado civil y tiempo de servicio en el área clínica. Al comparar el estado civil, los resultados mostraron que no existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ) entre los puntajes de burnout y sus dimensiones. En otros términos, ser soltero, casado, divorciado o conviviente no es un criterio de discrepancia para los puntajes de burnout y sus dimensiones. En función al tiempo de servicio, los resultados mostraron que no existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ); es decir, independientemente del tiempo que llevan laborando

el personal de salud de la clínica, no es un criterio de discrepancia para los puntajes burnout y sus dimensiones.

Estos resultados discrepan a lo reportado por Arias et al. (2017) quienes, en una muestra de 213 trabajadores del sector salud, que trabajaban en hospitales y centros médicos de la localidad, al comparar el tiempo de servicio, se hallaron discrepancias en todas las dimensiones y puntuación total, siendo los trabajadores que presentan menor tiempo de servicios, lo que cuentan con mayor puntaje.

En seguida, se comprobó que en función al estado civil existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ) para la dimensión relaciones positivas, donde el grupo de divorciados obtuvo el mayor puntaje de media ( $F=3.431$ ;  $p=.019$ ). En otras palabras, los profesionales de la salud que se han divorciado, presentan un adecuado desarrollar de sus propias capacidades y potencialidades, adquiriendo significado, para lograr con esfuerzo y superación metas valiosas. Al compararse el bienestar psicológico y sus dimensiones, en función a tiempo de servicio en el área clínica, se encontró que existen discrepancias significativas ( $p > .05$ ) para la dimensión relaciones positivas, donde el grupo que llevan trabajando entre 1 año a 3 años, obtuvo el mayor puntaje de media ( $F=3.950$ ;  $p=.010$ ).

Esto discrepa de lo investigado por Vega (2017) quien obtuvo que, al comparar el bienestar psicológico según el tiempo de servicio de una muestra de trabajadores. Se encontró que, al contrastar el bienestar subjetivo, material, laboral, de pareja y bienestar general, no se hallaron discrepancias estadísticamente significativas de acuerdo al tiempo de trabajo, por tanto, el ser un colaborador que lleva poco o mucho tiempo laborando no es un criterio de discrepancia.

Ante estos resultados, cuando se refiere a profesionales de la salud, esta dimensión juega un rol sumamente relevante, en la medida que su actividad

profesional se centra en la interacción con las demás personas (profesionales, pacientes y usuarios). Es esa interacción la que le da sentido y fundamento a su quehacer profesional. Ante la permanente vinculación con los demás se puede experimentar un elevado desgaste emocional a partir de lo conflictiva que puede resultar la relación entre el profesional y el servicio que recibe el cliente en el ámbito de la salud. En efecto, se hace necesario fortalecer esta dimensión a fin de desarrollar recursos en el futuro profesional que favorezcan una interacción basada en la empatía y confianza con las personas que formarán parte de su vida profesional (Sandoval et al., 2017).

Finalmente, respecto a la relación de las dimensiones del burnout y las dimensiones del bienestar psicológico, se evidencia que la dimensión realización personal obtuvo una correlación de tipo positiva, de intensidad moderada baja y altamente significativa ( $r_s=.376$ ;  $p=.000$ ) con la variable bienestar psicológico; datos que al ser comparados con Veliz et al. (2018) muestran similitud, al comprobar una correlación positiva entre el nivel de realización personal y el bienestar psicológico ( $r=.53$  y  $p<.01$ ) en una sub-población de profesionales de la salud pertenecientes al área de atención primaria de distintos centros de salud en la Región de Los Lagos, en Chile. No obstante, estudios como el de Pillco (2017) reportó correlación inversa y significativa entre la variable burnout y las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía ( $\rho=-.620$ ), relaciones positivas ( $\rho=-.459$ ), auto aceptación ( $\rho=-.620$ ), crecimiento personal ( $\rho=-.522$ ) y propósito en la vida ( $\rho=-.374$ ) de una muestra de enfermeras de un hospital de Lima Metropolitana. De forma semejante, Chávez (2020) destacó una relación inversa, entre el estrés laboral y las dimensiones del bienestar psicológico, tales como: autonomía, clima y territorio organizacional difiriendo en que, en dichas dimensiones, la significancia resultó moderada. Cabe

destacar que los resultados en mención, no están acorde con los objetivos establecidos; sin embargo, aportan a la discusión de los hallazgos.

Se ha sugerido que la pandemia de coronavirus requiere la ayuda de un gran número de personas afectadas en su salud integral. Los profesionales que atiende a estos usuarios se encuentran expuesto a un escenario que, entre otras cosas, incluye extensas jornadas de trabajo intensivo, temor a contagiarse, inseguridad por limitaciones en el sistema de salud y grave bienestar personal. Las deducciones obtenidas han expuesto que el personal de salud que asiste médicamente al paciente en la clínica, en un número elevado, no muestran una condición de agotamiento y despersonalización crónica, y mucho menos que hayan perdido el propósito de su actividad profesional. Aunado a ello, el bienestar psicológico que perciben es adecuado y les ha permitido afrontar, en gran medida, los estragos y dificultades que ha implicado la situación de pandemia en el ámbito de la salud, en términos de recursos humanos y materiales. El tiempo laborando en el ámbito clínico, la experiencia y relaciones positivas entre profesionales ha permitido que esta percepción de bienestar se exteriorice; por ende, se debe procurar velar por la salud mental de estos agentes de salud a través del autocuidado y acompañamiento psicosocial.

## **5.2. Conclusiones**

1) En una muestra del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco, las variables burnout y bienestar psicológico guardan una correlación negativa, de intensidad baja y significativa. Es así que, al existir un nivel elevado de bienestar psicológico, disminuye las manifestaciones desadaptativas del burnout.



2) El 68.7% (90) del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco en pandemia por COVID-19, se encontraron en un nivel medio de burnout. El sub-grupo de hombres, obtuvo un mayor porcentaje en el nivel medio (66.7%); del mismo modo, el sub-grupo de mujeres, consiguieron un mayor porcentaje en el nivel medio (69.4%).

3) El 51.9% (68) del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco en pandemia por COVID-19, se encontraron en un nivel promedio de bienestar psicológico. El sub-grupo de hombres, consiguió un mayor porcentaje en el nivel promedio (51.5%); de igual forma, el sub-grupo de mujeres, lograron el mayor porcentaje en un nivel promedio (52%).

4) Al comparar el burnout y sus dimensiones en función al estado civil y tiempo de servicio en el personal de salud en una clínica del distrito de Santiago de Surco en pandemia por COVID-19, no se encontraron diferencias significativas ( $p < .05$ ).

5) Al comparar el bienestar psicológico y sus dimensiones en función al estado civil y tiempo de servicio en el personal de salud en una clínica del distrito de Santiago de Surco en pandemia por COVID-19, se encontraron diferencias significativas en relaciones positivas a favor del grupo de estado civil divorciados y que llevaban laborando entre 1 año y 3 años.

6) En una muestra del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco, la dimensión agotamiento emocional del burnout y bienestar psicológico no guardaron correlación entre sí.

7) En una muestra del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco, la dimensión despersonalización y bienestar psicológico no guardaron correlación entre sí.

8) En una muestra del personal de salud que labora en una clínica del distrito de Santiago de Surco, la dimensión realización personal del burnout y bienestar psicológico guardaron una correlación positiva, de intensidad moderada baja y altamente significativa. Es así que la realización personal contribuye al bienestar psicológico.

### **5.3. Recomendaciones**

- Al director(a) de la clínica, a partir de los resultados de esta indagación, se hace necesario trabajar en quienes muestran indicadores de estrés e insatisfacción y, por otro lado, propiciar gestiones que impidan que quienes han alcanzado un mayor grado de bienestar vean disminuir su sentido del equilibrio. Para sustentar este trabajo, es interesante abordar un aspecto del ser humano como es la autoestima, y que su enfoque por sí solo incide en la conducta en todos los ámbitos del desarrollo. Por tanto, la autoestima es vital para los profesionales sanitarios, especialmente a la hora de tomar decisiones que afectan al cuidado de las personas.

- Para futuros investigadores, se recomienda replicar el estudio en una subpoblación de mayor extensión y representatividad tomando en cuenta profesionales de salud que laboren en entidades tanto públicas como privadas; además, considerar otras variables de contraste tales como situación socioeconómica, lugar de procedencia y ansiedad ante el COVID-19.

- En cuanto a la línea de investigación, se proyecta la necesidad de replicar nuevas investigaciones bajo un enfoque cuantitativo asociando el burnout con otras variables de sumo interés para la psicología clínica y de la salud, como la personalidad, resiliencia, autocontrol, afrontamiento al estrés y satisfacción con la vida.

## **REFERENCIAS**

- Agencia Andina. (2022, febrero). *Forma parte del proyecto de investigación Peruvian Frontline del INS y del IETSI – EsSalud*. IETSI EsSalud. <https://ietsi.essalud.gob.pe/ins-y-essalud-lanzan-encuesta-virtual-para-evaluar-la-salud-mental-del-personal-medico>
- Alarcon, G., Eschleman, K. & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23, 244-263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Arias, W., Muñoz, A., Delgado, Y., Ortiz, M. y Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y seguridad del trabajo*, 63(249), 331-344.
- Bakker, A., Demerouti, E., De Boer, E. & Schaufeli, W. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356.
- Bandura, A. (1997). *Self – efficacy: The exercise of control*. Freeman and Company.
- Benalcázar, J. (2017). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería del primer nivel de atención en salud Distrito 10D01 – Imbabura 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio de la Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7352>
- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Taylor y Francis.
- Carranza, R. (2015). *Bienestar Psicológico y rendimiento académico en los estudiantes de la escuela académico profesional de Psicológica de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2014* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de la Universidad Peruana Unión. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/308>

- Castillo, M. (2018). *Burnout y Bienestar Psicológico* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio de la Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Castillo-Maria>
- Casullo, M., Brenlla, M., Castro, A., Soledad, M., Gonzáles, R., Maganto, C. y Morote, R. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Paidós.
- Chávez, M. (2020). *Estrés laboral y bienestar psicológico en el personal asistencial de enfermería de un Hospital de Cajamarca* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/59150>
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 89-96.
- Cunradi, C., Greiner, B., Ragland, D. & Fisher, J. (2003). Burnout and alcohol problems among urban transit operators in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 28, 91-109.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, Personal striving, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dyrbye, L., Sinsky, C., Cipriano, P., Bhaty, J., Ommaya, A., West, C. & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address

this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*, 2, 1-11. <https://doi.org/10.31478/201707b>

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Science Press.

Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Ediciones Aljibe.

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. & González, J. (2008). The relationship between sociodemographic variables, job stressors, burnout, and Hardy personality in nurse: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B. & Monteiro, M. (2010). The relationship between job stressors, Hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurse: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 205-215.

Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.

Gil-Monte, P. (2012). Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*, 17, 231-236.

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

Gil-Monte, P., Peiró, J. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamiento Organizacional e Gestao*, 4, 165-179.

- Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.
- Harrison, W. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. Pergamon Press.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Hobfoll, S. & Freddy, J. (1993). *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout*. Taylor y Francis.
- Hobfoll, S. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 337-421.
- Intriago, S. (2019). Síndrome del “Burnout” en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junin-Bolivar. *Revista San Gregorio*, 35, 94-107.
- Jaque, L. (2019). *Calidad de vida laboral y bienestar psicológico en el personal de enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia del distrito de San Martín de Porres* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/36879>
- Kahill, S. (1988). Symptoms of profesional Burnout. A rewiew of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- Kim, H., Shin, K. & Umbreit, T. (2007). Hotel job burnout: the role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*, 26, 421-434.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1996). A meta-analytical examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.

- Leiter, M. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. Taylor y Francis.
- Leone, S., Huibers, M., Knottnerus, A. & Kant, I. (2009). The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: A four-year prospective cohort study. *Stress & Health, 25*, 365-374.
- Li, R. (2014). Reliability and validity of a shorter Chinese version for Ryff's psychological well-being scale. *Health Education Journal, 73*(4), 446-452.
- Liu, X., Chen, J., Wang, D., Li, X., Wang, E., Jin, Y., Ma, Y., Cheng, Y. & Luo, C. (2020). COVID-19 Outbreak Can Change the Job Burnout in Health Care Professionals. *Front Psychiatry, 11*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.563781>
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Creative Commons.
- Martínez, N. (2021, julio). *Burnout: ¿Qué es el creciente síndrome*. Aragueynoticias. <https://www.aragueynoticias.com/burnout-que-es-el-creciente-sindrome/>
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología, 4*(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- El-Sahili, L. (2015). *Burnout consecuencias y soluciones*. Manual Moderno.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour, 2*, 99-113.
- Maslach, C. & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*, 498-512.



- Maslach, C. & Jackson, S. (1997). *MBI Inventario "Burnout" de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. TEA Ediciones.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. TEA Ediciones.
- Meneses, M., Ruiz, S. y Sepúlveda, M. (2016). *Revisión de las principales teorías de bienestar psicológico* [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio de la Universidad de Antioquia. <http://hdl.handle.net/10495/14523>
- Millán, A. y D`Aubeterre, M. (2011). Validación de la Escala de Bienestar Psicológico en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista CES Psicología*, 4(2), 52-71.
- Miranda, V., Monzalvo, G., Hernández, B. y Ocampo, 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.
- Molina, C. y Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriátrica*, 22(3), 97-105.
- Oishi, S. (2000). *Culture and subjective well-being*. The MIT Press.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020, abril). *Información básica sobre la COVID-19*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2020, mayo). *Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>.

- Pillco, L. (2017). *Burnout y bienestar psicológico en enfermería intensiva de un hospital de Lima metropolitana* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/8699>
- Quesada, C., Apolo, N. y Delgado, K. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. UTMACH.
- Real Academia Española, RAE. (2012). *Diccionario de la lengua española*. Espasa.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037//0022-3514.69.4.719
- Saborío, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 1-6.
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-180.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Manual de la Escala de Bienestar Psicológico*. TEA Ediciones.
- Sandoval, S., Dorner, A. y Véliz, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 260-266.

- Santa-Cruz, L. (2017). *Bienestar psicológico y síndrome de burnout en el personal de enfermería de la clínica del pacífico, Chiclayo* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Telesup]. Repositorio de la Universidad Privada Telesup. <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/588>
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Imprelibros.
- Semmer, N. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(6), 515-527.
- Serna, D. y Martínez, L. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico (CCM)*, 24(1), 383-399.
- Siegall, M. & McDonald, T. (2004). Person-organization value congruence, burnout and diversión of resources. *Personnel Review*, 33, 291-301.
- Stone, P., Du, Y. & Gershon, R. (2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurse. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 49, 50-58.
- Vásquez, C. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Alianza Editorial.
- Vásquez, J. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario Burnout de Maslach en colaboradores de una empresa paraestatal de Trujillo* [Tesis de doctorado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/46900>
- Veenhoven, R. (2013). El estudio de la Satisfacción con la Vida. Intervención Psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 3, 87-116.
- Vega, E. (2017). *Relación entre el síndrome de burnout y bienestar psicológico en los colaboradores operativos de servicio de una entidad financiera estatal* [Tesis

de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1499>

Veliz, A., Dörner, A., Soto, A. y Arriagada, A. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28(3), 56-64. <http://doi.org/10.15174/au.2018.1895>

Veliz, A., Soto, A. y Dorner, A. (2017). Una propuesta multidisciplinaria para abordar salud colectiva y bienestar humano en comunidades vulnerables del sur de Chile. *Revista Inclusiones*, 4(2), 179-187.

Vielma, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.

Viniccía, A. y Alvarán, L. (2004). El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Revista Universitas Psicológica. Pontificia Universidad Javeriana*, 3(1), 35-45.

Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Pino, D., Tapia, E. y Vinueza, M. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Scientific Electronic Library Online*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>

Westman, M., Etzion, D. & Danon, E. (2001). Job insecurity and crossover of burnout in married couples. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 467-481.

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

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** “Burnout y bienestar psicológico en personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana”.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Qué relación existe entre burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia de una clínica de Lima Metropolitana?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Establecer la relación entre burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1) Identificar el nivel de burnout del personal de salud en función al sexo.</p> <p>2) Identificar el nivel de bienestar psicológico del personal de salud en función al sexo.</p> <p>3) Comparar el burnout en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p> <p>4) Comparar el bienestar psicológico en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>HG: El burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico en el personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.</p> <p>H0: El burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico en el personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>He1: Existen discrepancias significativas al comparar el burnout en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p> <p>Ho: No existen discrepancias significativas al comparar el burnout en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p> <p>He2: Existen discrepancias significativas al comparar el bienestar psicológico en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p> <p>Ho: No existen discrepancias significativas al comparar el bienestar psicológico en función a la profesión y tiempo de servicio del personal de salud.</p>	<p><b>Variable 1:</b></p> <p><b>Síndrome de Burnout:</b> será medida a través de las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento emocional.</li> <li>• Despersonalización</li> <li>• Realización personal.</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b></p> <p><b>Bienestar psicológico:</b> será medida a través de las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-aceptación.</li> <li>• Relaciones positivas.</li> <li>• Autonomía.</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> No experimental y transversal</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>La población estuvo constituida por 259 profesionales de la salud que laboran en la Clínica Maison de Santé Sede Surco.</p> <p>La muestra quedo conformada por 131 profesionales de la salud que laboran en la Clínica Maison de Santé Sede Surco, cantidad que fue seleccionada mediante un método de muestreo no probabilístico de tipo intencional.</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos de medición:</b></p> <p>Inventario de Burnout de Maslach (1981).</p>

---

<p>5) Describir la relación entre la dimensión agotamiento emocional y bienestar psicológico del personal de salud.</p>	<p>H<sub>e3</sub>: La dimensión agotamiento emocional del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.  H<sub>0</sub>: La dimensión agotamiento emocional del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio del entorno.</li> <li>• Crecimiento personal.</li> <li>• Propósito en la vida.</li> </ul>	<p>Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y Lee (1995).</p>
<p>6) Describir la relación entre la dimensión despersonalización y bienestar psicológico del personal de salud.</p>	<p>H<sub>e4</sub>: La dimensión despersonalización del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.</p>		
<p>7) Describir la relación entre la dimensión realización personal y bienestar psicológico del personal de salud.</p>	<p>H<sub>0</sub>: La dimensión despersonalización del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.</p>		
	<p>H<sub>e5</sub>: La dimensión realización personal del burnout se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.  H<sub>0</sub>: La dimensión realización personal del burnout no se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del personal de salud.</p>		

---

## ANEXO 2: PROTOCOLO DE LOS INSTRUMENTOS

### INVENTARIO DE BURNOUT

**Autoras: Maslach y Jackson (1986)**

#### Instrucciones:

A continuación, a cada una de las frases que se muestran a continuación debe responder expresando la frecuencia con la cual tiene ese sentimiento, poniendo un aspa en la casilla correspondiente.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	CE	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	CE	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	CE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	RP	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5	D	Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos							
6	CE	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo							
7	RP	Trato muy eficazmente los problemas de las personas							
8	CE	Me siento exhausto por mi trabajo.							
9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10	D	Me he vuelto muy insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11	D	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me siento muy activo.							
13	CE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	CE	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15	D	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas							



		personas a las que les doy servicio.							
16	CE	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17	RP	Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18	RP	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.							
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20	CE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.							

## ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

**Adaptado por Diaz et al. (2006)**

A continuación, se presenta algunos enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una equis (X).

Ítems	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3 .No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6 .Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7 .En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						

16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.						
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

## ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Sección 1 de 5

### BIENESTAR PSICOLOGICO Y SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD

Estimado(a) participante:

Solicito su colaboración a través del llenado del presente cuestionario, que pretende determinar la relación de bienestar psicológico y síndrome de burnout en personal de salud.

El mismo que servirá para fines exclusivamente de investigación y académicos.

En las siguientes hojas encontraras preguntas referentes al tema lo cual se pide responder con honestidad. Por otro lado, es importante considerar que su participación es voluntaria y anónima, además sus respuestas serán tratadas de manera confidencial.

De antemano, le agradezco su participación y la información valiosa que brindará.

Sección 2 de 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, declaro haber sido informado/a del objetivo de este estudio, los procedimientos que se seguirán para el recojo de la información y el manejo de los datos obtenidos. En este sentido, acepto voluntariamente participar en la investigación y autorizo la aplicación del mencionado cuestionario para tal fin. Si la respuesta es "No acepto" cierre el formulario.

Marque lo que corresponda según su decisión de participar en la investigación \*

- SI
- No

## ANEXO 4: REPORTE DE ÍNDICE DE SIMILITUD

DAISY MAVILA TORRES 8

### INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

ÍNDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to University College London Trabajo del estudiante	1%
3	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Repository.Javeriana.Edu.Co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%