

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tema: Condiciones laborales y presencia del Síndrome de Burnout según, antigüedad laboral y sexo en los Enfermeros de Centros de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario, en el primer semestre del año 2019.

Por: Ibarra María José.

Directora: Lic. Barrios, Alejandra.

Docente Asesor: Lic. Natali, Córdoba.

Rosario, 27 noviembre de 2018

Protocolo de Investigación para regularizar la Actividad Académica Tesina

Resumen

Las condiciones laborales de los Enfermeros trabajadores de Atención Primaria predisponen a la presencia de algunos de los síntomas principales que caracterizan al Síndrome de Burnout, y esta situación se manifiesta en mayor medida en las Enfermeras de mayor antigüedad en el servicio.

El objetivo de la siguiente investigación es establecer: “La relación que existe entre las Condiciones laborales y la presencia del Síndrome de Burnout según, antigüedad laboral y sexo en los Enfermeros de Centros de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario, en el primer semestre del año 2019”. Se utilizarán dos cuestionarios auto administrados, el Maslach Burnout Inventory (MBI), previamente validado y adaptado y otro cuestionario autoadministrado confeccionado por el investigador. Estos se aplicaran en una población de aproximadamente 28 Enfermeros. El tipo de estudio que se llevara a cabo será un diseño no experimental, transversal, correlacional-causal, prospectivo. El tipo de enfoque metodológico que se utilizara será el cuantitativo. Se agruparán y codificarán los datos y se presentaran en tablas y gráficos para una mayor comprensión.

Palabras claves

Síndrome de Burnout, condiciones laborales, antigüedad laboral, sexo, Enfermeros de Centros de Salud municipales, Distrito Norte.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabra Clave	1
Índice General	2
Introducción	
Estado actual del conocimiento o Estado del Arte	3
Planteamiento del Problema en Estudio	5
Hipótesis y Objetivos	5
Marco Teórico	7
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	24
Sitio o Contexto de la Investigación	25
Población y Muestra	26
Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	27
Personal a cargo de la Recolección de Datos	34
Plan de Análisis	35
Plan de Trabajo y Cronograma	38
Anexos	
I. Guía de estudio de Convalidación o exploratorio de los sitios	40
II. Instrumento de Recolección de Datos	42
III. Resultado del Estudio Exploratorio	47
IV. Resultados de la Prueba Piloto del Instrumento	48
V. Modelo Consentimiento Informado	49
Bibliografía	51

Introducción

Estado del Arte

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greene en 1961, en su artículo "A Burnout Case".

En 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas y plantearon que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas como los profesionales de la salud (1).

El Síndrome de Burnout o "quemarse" por el trabajo usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (2).

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del Síndrome de Burnout depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo. Siendo abordado desde diferentes investigaciones y desde variadas perspectivas, considerando variables laborales, sociales, psicológicas, para dar cuenta de cómo repercute en la vida profesional del trabajador (3).

El Síndrome de Burnout ha tenido diversas magnitudes desde el trabajo del profesional de Enfermería, ya que el rol que desempeña, su ámbito laboral, horarios rotativo, el doble empleo, el sexo femenino, la condición de sustento de familia y la capacitación son factores predisponentes a que se manifiesten algunas o todas las dimensiones del mismo (4).

La Atención Primaria de salud (APS) y la atención hospitalaria se diferencian por las características propias de sus respectivos contenidos de trabajo, organización, mayor carga laboral, carga emocional, junto con la responsabilidad sobre el bienestar del paciente y la rutina diaria (5).

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales puede conllevar a la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en Enfermería donde esta influencia es mayor. Hay coincidencia en que las personas que desarrollan mayor "Resiliencia", ósea capacidad para adaptarse positivamente a situaciones adversas, son las que mejor se adaptan pese a las malas condiciones laborales. El cansancio emocional alto es la principal dimensión del Burnout afectada en la Enfermería de Atención Primaria. En despersonalización y realización personal

existe heterogeneidad entre la Enfermería de Atención Primaria y Enfermería Hospitalaria (5).

Por otro lado, el concepto de Salud Ocupacional es relativamente reciente e implicó un proceso de evolución histórica. La observación de que las condiciones de trabajo determinan el proceso Salud-Enfermedad data de la antigüedad. El trabajo es imprescindible para la vida no sólo por la retribución económica que conlleva, sino por el aporte a la realización personal y social de los individuos, como así también para el desarrollo de las sociedades (6). Cuando se llevan a cabo estudios estadísticos mediante encuestas sobre la percepción y vivencias de los trabajadores en cuanto a los efectos que provocan las condiciones de trabajo sobre su salud, la experiencia histórica ha probado que generalmente, quienes son encuestados no exageran ni sobredimensionan los aspectos negativos, por ignorancia, sino porque se han habituado, y los han naturalizado, y no siempre son conscientes de todos los riesgos que corren cotidianamente por el simple hecho de trabajar, con las repercusiones que ello puede ocasionar sobre su salud (7).

La disciplina de Enfermería es de una de las "ocupaciones del cuidado" dentro del complejo entramado de los trabajadores de la salud. En este contexto, tiene la particularidad de ser la actividad con más alto nivel de feminización (85% de mujeres) y mayor carga de cuidado directo en sus tareas. Las problemáticas que afectan a los enfermeros en Argentina son diversas, e impactan negativamente tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de la atención en salud. La sobrecarga laboral, el pluriempleo, las deficiencias en infraestructura e insumos y los bajos salarios son correlato de la situación general del sector de la salud. Enfermería también presenta particularidades que la colocan en una posición de mayor vulnerabilidad, el déficit en la cantidad de enfermeros y en los niveles de calificación, junto con la relativa situación de desventaja y desvalorización de la Enfermería dentro de los equipos de salud (8).

En los últimos años han surgido un conjunto de iniciativas que buscan promover mejoras en las condiciones de trabajo y empleo en salud. Su propósito es construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos, con el objetivo de alcanzar el "trabajo decente en salud". Se destacan el programa de Trabajo Decente (TD) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2005-2015 de la Organización

Panamericana de Salud (OPS), que propone alcanzar una serie de objetivos estratégicos tendientes a generar relaciones laborales adecuadas entre el personal y las organizaciones de salud, a fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y garantizar institucionalmente la prestación de servicios de buena calidad para toda la población . Para cumplir los objetivos mencionados, es necesario conocer las condiciones en las que realizan su tarea los trabajadores de salud y definir metodologías que permitan medir de manera concreta las condiciones laborales. (9)

El déficit en la cantidad de enfermeros, su sobrerrepresentación en las categorías de menor calificación, y la relativa situación de desventaja agregan complejidad al panorama laboral de esta ocupación y la colocan en una situación de mayor precariedad respecto de los demás trabajadores del sector. La falta de personal calificado, el pluriempleo, la intensidad y el desgaste físico y emocional de las tareas, la heterogeneidad normativa, la fragmentación de la representación sindical y la desvalorización de la ocupación vinculada al componente de cuidado y a su definición en términos vocacionales, son aspectos distintos pero interrelacionados que actúan como determinantes de la mayor vulnerabilidad laboral de la Enfermería (8).

El problema que se plantea en el siguiente proyecto de investigación es : ¿Qué relación existe entre las Condiciones Laborales y la presencia del Síndrome de Burnout según, antigüedad laboral y sexo, en los Enfermeros de Centro de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario en el primer semestre del año 2019?

Con el objetivo de establecer una relación entre las Condiciones Laborales y la presencia del Síndrome de Burnout, según antigüedad laboral y sexo, en los Enfermeros de Centros de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario en el primer semestre del año 2019. Los objetivos específicos son: Medir cuál de las tres dimensiones del Burnout es la prevalente en los enfermeros de APS, diferenciar los turnos de trabajo, identificar el tipo de contratación existente, y describir como impactan los años de experiencia laboral, el doble empleo y las horas trabajadas en la presencia o no del Síndrome.

La hipótesis planteada es:

- El personal de Enfermería de sexo femenino y de mayor antigüedad en el servicio de APS presentan una mayor tendencia a desarrollar el Síndrome de Burnout.

El propósito de esta investigación, realizada en los Enfermeros de APS, será no solo, aportar una medida para mejorar las condiciones laborales existentes hasta el momento, sino también otorgar herramientas para afrontar las situaciones complejas en el ámbito laboral. Los aportes de esta investigación favorecerán a desarrollar en un futuro un programa de apoyo para trabajadores de la salud y contribuir a mejorar las condiciones laborales existentes además de aportar herramientas para disminuir los padecimientos del síndrome.

Este proyecto de investigación es de relevancia social ya que, los sujetos de atención necesitan un personal idóneo acorde a su demanda en el complejo y entramado proceso Salud - Enfermedad.

MARCO TEÓRICO

El término síndrome se ha utilizado para designar los trastornos caracterizados por series similares de síntomas etimológicamente no específicos. El uso del término se mantuvo razonablemente estable durante más de dos milenios, hasta mediados del siglo XX, cuando se amplió su significado para incluir también todos los estados patológicos caracterizados por una sintomatología compleja, hasta el punto que casi cualquier estado patológico puede calificarse ahora de síndrome. Los investigadores de la literatura médica se enfrentan pues a una situación en la que algunos autores continúan utilizando el término en su forma tradicional, restringiendo a trastornos congénitos que entrañan órganos o sistemas múltiples, mientras que otros lo consideran un modificador no específico que denota una complejidad especial de cuadros clínicos ya designados (10).

El Burnout es un síndrome psicológico de ciertas experiencias interrelacionadas: primero es el agotamiento, como una respuesta al estrés. En segundo lugar, es también un cambio, un cambio negativo sobre cómo se siente uno con el trabajo y las demás personas, cuando se habla de ellas con indiferencia (cinismo), y tercero; cuando las personas se empiezan a sentir negativas sobre sí mismas, sobre su competencia, su capacidad, sus deseos y su motivación para trabajar. Este síndrome es un tipo de respuesta mediadora entre los diferentes tipos de estresores en el ambiente y diferentes consecuencias, y además qué tan bien enfrentan las personas a los elementos estresantes, cómo los cambian, cómo los enfrentan y pueden modificar, y cuánto les afectan de manera negativa. Esencialmente los elementos estresantes afectan a los individuos, a su ambiente, y la manera en la cual comprenden y enfrentan todo eso, y tienen un efecto tanto personal como social. Lo importante del Síndrome es que no se puede concebir de una manera simple y unidimensional, no solamente afecta a las personas, afecta el ambiente en el cual trabajan y esa intersección negativa implica que no hay ajuste entre el medio ambiente y la persona (11).

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención. Uno de los modelos explicativos generales es el de Gil- Monte & Peiró, y sobre estrategias y técnicas de intervención, son de suma importancia los de Manassero y cols, Ramos, Matteson e Ivancevich, Peiró y cols, Leiter, entre otros (12).

Sin embargo, aun contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el síndrome y más aún sobre los tipos de intervenciones apropiadas para corregirlo, bien de tipo individual, acentuando la acción psicológica, bien de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo. Aun así, existe un consenso básico sobre la importancia de diagnosticar el síndrome y de promover programas de actuación.

Por otro lado, hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etcétera (etc). En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología. Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías, etc. Así, por ejemplo, Por su parte, Freudemberger, empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. Al mero concepto de "estar quemado" se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (13).

Pero la extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica, ya iniciada en el mismo momento en que Maslach acuñó el término y propuso que sólo se aplicará a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así, pues, Maslach y Jackson definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última en 1996, de las cuales se han introducido al fin las "profesiones no asistenciales" y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo" (14).

La polémica, sin embargo, continuó; de ahí que encontremos todavía otras definiciones que vienen a complementar la de Maslach, por ejemplo, la de Burke, que explica el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. Farber lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece (12).

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.

3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

En el lado contrario, es decir, entre los que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales, destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson, que defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. El síndrome se manifiesta igualmente como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación (12).

En el mismo sentido, Shirom, a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo”. A ello hay que sumar otros factores, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad. Hombrados propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. Las repercusiones de esta coexistencia sobre la salud del trabajador y sus funciones supone el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo tanto, entiende como elementos fundamentales: “los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada”.

Actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados – cada día más por interés de las empresas-, la sensación de que el rendimiento es bajo

y la organización falla, conduce al deterioro en la calidad del servicio, ausentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo. Pero, las consecuencias en las que hay acuerdo básico y, siguiendo a Pines son: Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal (12).

Discriminación con otros constructores

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia de:

1. Estrés general

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

2. Fatiga física

Para diferenciar la fatiga física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación, ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

3. Depresión

Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia.

4. Tedio o aburrimiento

Pines & Krafy y Maslach & Jackson concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

5. Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida

La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior.

Así pues, en la actualidad, hay coincidencia en considerar el Burnout como un síndrome con entidad propia (12).

Proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varía mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, o a la secuencia completa del proceso. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.

Factores de riesgo

Individuales: El Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Estas características se dan, en el personal de Enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. El ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal, el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional. En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la

implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos.

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias (15).

Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, el compromiso, el control y el reto. El compromiso hace referencia a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir que incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. El otro modelo, el "sentido de coherencia", se basa en los aspectos activos de la conducta que llevan al desarrollo de la salud e implica todos aquellos medios que facilitan la conducta activa y llevan al sujeto a desarrollar acciones adaptativas y positivas frente a los factores de estrés: apoyo social, formación, medios económicos, familia, creencias, etc. Dichos componentes están compuestos por tres dimensiones: Comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y significatividad (componente motivacional).

Sociales: En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, que redunde en la integración

social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. House ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. En general, las variables sociales aceptadas serían:

a) Extra- laborales. Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado.

b) Organizacionales. Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica. De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos. También se ha concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes (15).

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardíaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales,

ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo (12).

Consecuencias del Burnout

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo. En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en:

- pérdida de acción proactiva, y las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. La persona llega a manifestar desordenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicósomáticos y la fatiga crónica (13).

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales. Los principales síntomas:

-Emocionales: Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo Hostilidad. Falta de tolerancia. Acusaciones a los clientes. Supresión de sentimientos.

-Cognitivos: Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de expectativas. Modificación autoconcepto. Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado.

-Conductuales: Evitación de responsabilidades. Ausentismo. Conductas inadaptativas. Desorganización. Sobreimplicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

-Sociales: Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.

Clasificación de las dimensiones y consecuencias del Síndrome de Burnout

Dimensiones: Cansancio físico y psíquico. Agotamiento desgaste profesional. Despersonalización (robotización). Baja realización personal.

Consecuencias: Desmotivación Negativismo. Pasividad. Pasotismo. Indiferencia. Muchos errores, indecisión. Consumo abusivo de alcohol, fármacos, drogas. Ausentismo. Accidentes. Descenso del rendimiento. Baja productividad. Trabajo de poca calidad. Insatisfacción laboral.

Evaluación del Burnout

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. Los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Burnout Measure (BM). No obstante existen muchos otros (12).

CONDICIONES DE TRABAJO Y DE SALUD

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) están constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la carga global del trabajo prescripto, la cual es asumida,

asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata, efectos directos e indirectos, positivos o negativos, sobre la vida y la salud física, psíquica y/o mental de los trabajadores. Dichos efectos están en función de la actividad o trabajo efectivamente realizado, de las características personales, de las respectivas capacidades de adaptación y resistencia de los trabajadores ante los dos grupos de factores antes mencionados. Esos factores están determinados en última instancia por el proceso de trabajo vigente el cual a su vez es el resultante de las relaciones sociales y de la interrelación entre las variables que actúan a nivel del contexto socio-económico y las características propias de los establecimientos. Es este proceso de trabajo el que define la naturaleza específica de la tarea a realizar por el colectivo de trabajo y por cada uno de los que ocupan dichos puestos” (16).

Desde que se consolidó la revolución industrial la lógica del modo de producción capitalista provocó una brutal explotación de los trabajadores, bajos salarios y deterioro de su salud. Estas circunstancias encontraban su explicación en las largas jornadas de trabajo a las cuales estaban sometidos con tiempos insuficientes para su recuperación, pues entonces trabajaban durante los siete días de la semana y sin licencias pagas por vacaciones. En este contexto un médico italiano encendió una señal de alarma y propuso una nueva orientación para la medicina del trabajo. En pleno siglo XVIII, Ramazzini publicó su libro *Morbis Artificum*, traducido al castellano en 2004, describiendo los riesgos laborales y las enfermedades profesionales de un centenar de oficios, proponiendo medidas curativas y de prevención. Para muchos es el padre de la medicina del trabajo moderna y se hizo famoso porque comenzaba a escribir la historia clínica de cada paciente formulando dos preguntas: “de qué trabaja usted y dónde vive”. Este médico consideraba que las condiciones de vida y sobre todo el trabajo, eran determinantes de los problemas de salud por la cual lo consultaban sus pacientes. Cabe recordar que, actualmente, todavía no es percibida adecuadamente por los profesionales de la medicina la existencia de una relación directa y causal entre el trabajo y la salud de los pacientes y la redacción de su historia clínica no comienza con la respuesta a esas dos cuestiones (16).

Siguiendo a Ramazzini, varios organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización internacional del trabajo (OIT) y la OPS, y numerosas asociaciones nacionales profesionales de médicos, ergónomos, juristas, sociólogos, psicólogos y economistas del trabajo, adhieren a la teoría de que existen no sólo condicionantes, sino también determinantes económicos y sociales de la salud.

Estos son: el contexto económico, tecnológico, social y político de un país en un momento histórico dado; el funcionamiento del mercado de trabajo; el “estatus” del empleo y las características del puesto de trabajo que el trabajador ocupa en un determinado establecimiento de un sector o rama de actividad. La relación salarial (definida como las instituciones y normas que fijan el nivel de los salarios reales, la parte de los asalariados en la distribución funcional del ingreso y el grado de protección por parte del sistema de seguridad social) y el acceso de los trabajadores a los servicios de educación, vivienda, urbanismo y servicios públicos (electricidad, gas, agua corriente y saneamiento) son factores que de manera articulada contribuyen a la reproducción de la fuerza de trabajo. Todas estas variables posicionan a los trabajadores asalariados en un determinado lugar de la estratificación social y lo insertan junto con su familia en la vida social, estableciendo relaciones con los demás habitantes que viven a proximidad, que pueden ser de solidaridad o conflictivas.

De la articulación a veces conflictiva entre este conjunto de variables van a depender esencialmente las condiciones generales de vida, que tienen impacto sobre la salud.

Dialécticamente, el ejercicio de la actividad laboral como una necesidad y un derecho juegan un papel determinante sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo y por esa vía, sobre la salud (16).

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. ARGENTINA - SANTA FE - MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica. Las prestaciones de APS, se caracterizan por ser actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención: atención materno infantil, planificación familiar, inmunizaciones, entre otras, combinadas con otro tipo de actividades que conciben a la APS, desde una perspectiva que va más allá del primer nivel de atención y que pretenden garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad. La capacidad de garantizar servicios con esta concepción, no es homogénea y está condicionada por factores económicos,

distribución de recursos y las dificultades de accesibilidad en los territorios más alejados. Los servicios garantizados por la APS son:

Asistencia sanitaria en consulta y/o domicilio. La consulta en policlínica programada y a demanda es una constante presente en todos los servicios, pero en la atención domiciliaria hay provincias que han avanzado con nominalización de la población a cargo de los equipos de salud mientras que en varias jurisdicciones este proceso es todavía incipiente.

Inmunizaciones: Está entre las prioridades del Ministerio de Salud de la República Argentina, a partir del 2003 garantizando vacunación gratuita y obligatoria a toda la población con particular énfasis en la población infantil.

Los equipos de APS, se integran por las siguientes disciplinas; médicos (generalistas) pediatras; clínicos; ginecólogos; odontólogos; psicólogos; enfermeros; administrativos. Está integración, no es homogénea a nivel país, por las desigualdades en la distribución de los recursos y las capacidades económicas de las provincias.

La APS desde el 2003 es el eje fundamental de la política sanitaria. Para que la estrategia tenga éxito su implementación implica una gestión territorial que garantiza una cobertura de salud universal, integral y equitativa. Por ello el fortalecimiento de la gestión territorial debe ser producto de la articulación interjurisdiccional de nación, provincia y municipio (17).

La finalidad de la atención y cuidado Enfermero en los servicios es: “Garantizar el derecho a la salud de la población respetando en su diversidad a las personas, familias y comunidades, brindando, desarrollando y gestionando cuidados integrales de enfermería en los diferentes niveles de atención o por la modalidad de cuidados progresivos, para promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y comunidades a su cargo”.

El cuidado desde la clínica de Enfermería: El cuidado es un vínculo que se construye entre la persona que cuida (enfermera) y quien es cuidado (individuo). En él se integran las emociones, la intuición, la creatividad, los conocimientos y las técnicas. El cuidado es relacional, contextual y existencial. Como tal, implica una acción, un proceso y un procedimiento. Si bien es instrumental a la vez implica un acto humano donde necesariamente se trabaja con otro ser humano, con una persona a la que se debe tratar con dignidad, integridad y respeto. Hoy en día el cuidado sólo puede entenderse desde el pensamiento complejo, requiere mirar las múltiples dimensiones que lo componen. La construcción del cuidar/cuidado de Enfermería complejo implica, por lo

tanto, considerar la articulación de conocimientos que trascienden la linealidad del hacer y que implican un cierto grado de desorden e incertidumbre. Este proceso, a primera vista contradictorio, es esencial para superar la lógica de la fragmentación, de la previsibilidad y del excesivo orden -recetas listas de cuidar/cuidado- aún muy arraigado en el ser y el hacer de Enfermería. Las prácticas de Enfermería en tanto prácticas sociales, son complejas, cotidianamente hay que hacerle un lugar a lo inesperado, lo aleatorio, lo incierto. Es en esta complejidad del mundo de lo humano, donde dichos cuidados constituyen la clínica del cuidado Enfermero. Entender la naturaleza de los cuidados de Enfermería, según Colliere, “exige por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida o más exactamente el contexto del proceso de vida y muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia”. Los aspectos centrales del modelo de la clínica del cuidado Enfermero propuesto son el compromiso con la personas en los lugares en que estas viven. Aspirar a comprender el contexto del proceso salud-enfermedad-cuidado. Cada intervención es una oportunidad de prevención y promoción. Construir el proyecto de cuidado con el equipo y los usuarios, considerando siempre la singularidad y todas las instancias intervinientes en el proceso de salud.

La construcción del vínculo en tanto terapéutico depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando estos dos movimientos se encuentran, unos demandando ayuda, otros haciéndose cargo de las solicitudes de cuidados. Es importante el vínculo que se establezca y que éste pueda contener el padecimiento del otro que está momentáneamente al cuidado del Enfermero, esto es muchas veces conocido también como la instalación de transferencia positiva o empatía.

Proceso de trabajo Enfermero, es el conjunto de prácticas que realiza el profesional Enfermero con el fin de lograr el cuidado integral de la salud de una persona o un colectivo, procurando su bienestar como resultado del trabajo en equipo.

-Educación para la Salud (ES): La educación para la salud es un proceso multidimensional que puede ser entendido como proceso de comunicación, como proceso de intervención social y como proceso educativo; teniendo como finalidad la

capacitación y responsabilización de las personas en la toma de decisiones relacionadas con la salud. La educación para la salud como proceso de comunicación social, implica la transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor. Siempre como fenómeno comunicacional tiene que estar planificada, orientada a la población objetivo teniendo en cuenta sus características (educacionales, culturales, etc.), debe utilizarse recursos didácticos y ser participativa, pudiendo ser también evaluada. Como proceso de intervención social nunca debe ser un conjunto de prohibiciones, ni consejos moralizantes. Como fenómeno educativo debe transmitir información respetando los saberes populares y la cultura. El enfermero en su rol diario de trabajo realiza educación para la salud en forma individual a las personas en la entrevista y en el momento de la realización de sus prácticas siendo su saber muy respetado por la comunidad. También participa junto a los otros integrantes del equipo de la educación para la salud (ES) comunitaria o poblacional.

-Actividades en terreno: Puede darse la necesidad de realizar la actividad llamada genéricamente en terreno a partir de un caso de investigación que surja del propio centro de salud, o que el centro de salud sea convocado a realizar la actividad por un caso investigado desde otra institución, pero domiciliado en el área de cobertura del centro. Para ello es imprescindible tener bien claro la patología que se sospecha, de manera de realizar la actividad específica en cada caso.

-Capacitación, educación e investigación: Enfermeros como tutores docentes. A los efectores asisten los estudiantes de las escuelas de Enfermería. Los mismos son guiados en el proceso de enseñanza aprendizaje por tutores docentes, ya sea en los centros de salud o en los distintos servicios o áreas de nuestros establecimientos sanitarios. Los tutores son Enfermeros profesionales con experiencia en el campo de la Salud Pública (18).

El posicionamiento teórico seleccionado para fundamentar esta investigación desde la perspectiva de Enfermería es el de Madeleine Leininger y Florence, Nightingale: Madeleine M. Leininger fue la fundadora y líder en la teoría de los cuidados culturales a las personas (teoría de la diversidad y de la universalidad), desarrolló este enfoque desde la antropología cultural, social y psicológica y de la Enfermería. El desarrollo de sus investigaciones ha permitido entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. La etnoenfermería permitió el progreso de la Enfermería transcultural al centrar el estudio de las creencias, valores y prácticas empleados en la asistencia de Enfermería de

acuerdo con los conocimientos cognitivos o subjetivos sobre una cultura en particular, expresados mediante el lenguaje, experiencias y sistema de valores aplicados a fenómenos de Enfermería como la asistencia, la salud y los factores ambientales. El método de investigación cualitativa en etnoenfermería permitió al profesional de Enfermería captar el punto de vista interno de las culturas al analizar los complejos cuidados y los fenómenos culturales.

El modelo teórico para la Enfermería Transcultural de Leininger, “el modelo del sol naciente”, se desarrolló en 1970 y describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria de vida y del contexto de su entorno. Señala que los cuidados y la atención están influenciados por el lenguaje, la etnohistoria y el entorno como: los valores culturales, creencia y estilos de vida y factores de tipo tecnológico, religiosos y filosóficos, familia y factores sociales, políticos, legales, económicos y educacionales. Además, permite determinar las decisiones y acciones de los cuidados por parte de Enfermería, para desarrollar cuidados culturalmente coherentes encaminados a la preservación y mantenimiento de los cuidados culturales, adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación y reestructuración de los cuidados culturales (19).

La teoría de Florence Nightingale se centra en el entorno como cúmulo de todas las comunicaciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo que son capaces de evitar, suprimir o construir a las enfermedades los accidentes o la muerte, aunque jamás mencionó el término entorno en la forma intrínseca, en sus escritos describió con detalles los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza, ruido todo ellos como componentes de dicho entorno, si bien Florence Nightingale definió a menudo con precisión los conceptos que manejaba, no esperó en lo específico el medio del paciente al espacio físico, emocionales o sociales al suponer que todos ellos formaban parte del entorno. En sus escritos es fácil detectar su interés por el medio físico en cuanto a la higiene adecuada que debía existir en los hospitales de Crimea y Gran Bretaña así como en los hogares de los pacientes, creía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable.

Su teoría influyó de manera notable en la formación de los Enfermeros profesionales, tales como la importancia de la educación sanitaria para fomentar un entorno agradable, la constante observación de los diversos problemas de salud, el

mantenimiento de conductas éticas hacia el paciente, la necesidad de la prestación de servicios a domicilio, la realización de actividades organizativas y de administración, además de la imprescindible investigación científica para el desarrollo de la ciencia (20).

Material y métodos

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevará a cabo es un Diseño descriptivo, transversal correlacional-causal, prospectivo.

El término diseño se refiere al plan o la estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema.

Si el diseño está concebido cuidadosamente, sus resultados tendrán mayores posibilidades de generar conocimiento (21).

Al seleccionar y plantear este diseño se busca maximizar la validez y confiabilidad de la información y reducir los errores en los resultados. Confiabilidad se refiere a la coherencia de la información recolectada. Los datos en esta investigación serán confiables, cuando estos sean iguales al ser medidos en diferentes momentos, o por diferentes personas o por distintos instrumentos. Cuando se menciona la validez del diseño se hace referencia al grado en que se lograra medir lo que se quiere medir. Si la información es válida, también será confiable. Un dato puede ser confiable pero no valido (22).

Este diseño será No experimental porque es una investigación en la que no se manipulan las variables por parte del investigador, solo se observara como suceden en su ámbito natural. Otra característica de esta investigación será que es Transversal, ya que la información solo se recolectara en un momento dado. Con el propósito de lograr describir variables y analizarlas en un momento dado. Correlacion- causal ya que busca establecer una relación causa efecto entre las variables en estudio (21). Y es prospectivo, porque el dato se recolectara solo en el momento de aplicar los instrumentos.

Sitio o contexto donde se realizará la investigación

El sitio donde se realizará la investigación serán los Centros de Salud municipales de la ciudad de Rosario pertenecientes al Distrito Norte, aplicando como primer control de validez interna del estudio una guía de convalidación de sitio (VER ANEXO I) se comprobó que se encuentran presentes las variables que se quieren medir en dicho estudio y la población de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión de la misma.

Descripción del sitio

Esta investigación se llevara a cabo en la Provincia de Santa Fe, ciudad de Rosario, distrito Norte con una población de 137.883 habitantes (14,54% del total de habitantes de la ciudad) Límites: Norte, límite del Municipio. Este, Río Paraná. Sur, vías del ex Ferrocarril Mitre. Oeste, vías del ex Ferrocarril Belgrano, límite norte del Parque de los Constituyentes, calle N° 1409, límite del Aeropuerto y límite oeste del Municipio, previa autorización del Director de APS y los jefes de cada centro de salud respectivo. (23).

Los centros de Salud de la red Municipal son de fácil acceso ya que están ubicados estratégicamente en los barrios. Se encuentran abiertos desde las 7 de la mañana hasta las 19 horas (HS), en horario de corrido, se realizan las prestaciones de APS. En lo respectivo a turnos de trabajo estos se caracterizan por ser de seis hs, de 7 a 13 hs el turno mañana y 13 a 19 hs turno tarde. En cuanto al personal se encuentran médicos, odontólogos, psicólogos trabajadores sociales, enfermeros, administrativos, personal de limpieza y seguridad. Cuenta con consultorios para cada uno de los especialistas, por turno de trabajo hay dos Enfermeros asignados. En cuanto a lo edificio en su mayoría se encuentran en buen estado de mantenimiento, con baños tanto para el personal como para los empleados, agua potable en la mayoría de los consultorios, cuentan con calefacción con estufas, y algunos consultorios poseen aire acondicionado para la época de verano. Sala de espera en el centro de la institución, con sillas y espacio para el flujo de pacientes que circulan en el lugar. Espacio disponible con mesa y sillas para niños con material de lectura.

Población y muestra

Como criterio de inclusión de la población en estudio se tomó; Enfermeros pertenecientes al distrito Norte de la ciudad de Rosario, por el otro lado deben ser Enfermeros de staff permanentes, y como criterio de exclusión, se descartaran, a los Enfermeros que trabajen en Centros de Salud Provinciales del distrito Norte de la ciudad de Rosario. La población en estudio está conformada por los Enfermeros municipales de zona Norte de la ciudad de Rosario se tomara la totalidad de la población, aproximadamente 24 Enfermeros, se llegó a este dato luego de la aplicación de la guía de convalidación de sitio.

Cuatro Enfermeros del centro de salud “Primero de Mayo”, ubicado en Mena Juan de Dios 2265, Barrio Rucci, cuatro Enfermeros del “Alicia Moreau de Justo”, ubicado en calle 1333 barrio Zona cero, cuatro Enfermeros del “Casiano Casas”, ubicado en calle Casiano casas 970, barrio Parque casas, cuatro Enfermeros del “Dr. Salvador Mazza” ubicado en Grandoli Floruado 3498 barrios Nuevo Alberdi y Cristalería, cuatro Enfermeros del “Juan B. Justo” ubicado en Justo Juan B. 2038, barrio Travesía y barrio Juan B. Justo, dos Enfermeros de “Vecinal Amor al Estudio” ubicada en junin 1684 barrio Industrial, y dos Enfermeros de “Vecinal la Florida” Ubicado en Braille Luis 1205, barrio Parque Field. Dada la cantidad de Enfermeros no se realizara muestreo ya que la población en estudio es pequeña.

El lugar donde se aplicaran los instrumentos será un consultorio por cada Centro de Salud (asignado por el jefe) y en un horario intermedio el cual abarcara los dos turnos, mañana y tarde, y en el cual el flujo de trabajo es menor, de 12:30 hs hasta las 13:30 hs.

En cuanto a la validez externa de los resultados solo serán generalizables para la población en estudio, dadas las características de los distintos distritos, en cuanto a zona de ubicación, población a cargo, área de influencia.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica de recolección de datos empleada para realizar la siguiente investigación constara de una encuesta, la cual será efectuada a través dos instrumentos. Por un lado se utilizará un cuestionario auto administrado, el cual contará con 6 preguntas con opción de respuesta múltiple y 1 con respuesta dicotómica. Este instrumento fue confeccionado por el investigador y adaptado para medir las variables sexo, antigüedad laboral en el servicio y condición laboral.

Para medir la variable Presencia del Síndrome de Burnout, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es un cuestionario previamente validado (24) y se adaptó antes de realizar el estudio. El mismo consta de 22 preguntas con opción de respuesta tipo Likert, y se empleará para medir las tres dimensiones del Síndrome:

Agotamiento Emocional: Se determina por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 1 al 9 inclusive, su puntuación es directamente proporcional al SBO.

Despersonalización: Se determina por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 10 al 14 inclusive, su puntuación es directamente proporcional al SBO

Realización Personal: Se determina por la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 15 al 22 inclusive. Su puntuación es inversamente proporcional al SBO.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, las puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen la presencia del Síndrome.

El cuestionario se aplicará en el sitio seleccionado donde se encuentra la población en estudio, será administrado por el investigador y la información obtenida del mismo se tratara en forma confidencial. Se entregarán los dos cuestionarios, y también se anexará un encabezado en cada instrumento para que la población en estudio sepa cómo responderlos. Por parte del investigador se responderán posibles dudas que surjan al realizar dichos cuestionarios, ya que el mismo permanecerá en el lugar hasta que se le entregue el cuestionario completado.

El lugar donde se aplicaran los instrumentos serán en la institución donde trabajan cada uno de los miembros de la población seleccionada, en un consultorio privado con el fin de evitar interrupciones y el horario sugerido por los directivos fue un horario intermedio, de 12:30 hs a 13:30 hs con el fin de captar ambos turnos, además que el flujo de trabajo es menor.

Todo instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales:

CONFIABILIDAD: Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

VALIDEZ: Grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir.

OBJETIVIDAD: Grado en que el instrumento es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan (25).

Estos instrumentos tienen como ventaja:

- Son de bajo costo.
- Capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve.
- Facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos.
- No es necesario adiestrar encuestadores.
- Mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados.
- Eliminación de los sesgos que introduce el encuestador (26).

Como control de validez interna del estudio se realizó la prueba piloto de los instrumentos en una población (3 personas) que reúne los mismos criterios de inclusión que la población seleccionada. La población seleccionada para dicha prueba fueron tres Enfermeros de APS de la red Municipal del Distrito Noroeste. Este control se realiza para identificar posibles problemas al momento de completar e interpretar los cuestionarios, también es necesaria para asegurar la validez de los instrumentos, es decir para desarrollar o probar la eficacia de los instrumentos y pone a prueba la viabilidad del estudio proyectado. Ayuda a detectar posibles cambios inesperados de las variables, considerar si la duración planificada para realizar el cuestionario y la entrevista es la adecuada, o para superar cualquier otra dificultad que puedan presentarse al momento de aplicar la prueba (resultado ver anexo IV).

Para medir las Variables en estudio se realizó la siguiente Operacionalización

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
SEXO Variable independiente, Cualitativa, simple. Escala de medición Nominal.			Femenino. Masculino.
ANTIGÜEDAD LABORAL Variable Independiente, Cuantitativa, simple. Escala de medición Razón.	Esta variable representa la cantidad de años prestados en el servicio de APS por parte del personal.		1 a 5 años. 6 a 10 años. 11 a 15 años. 16 a 20 años. Más de 21 años.

<p>CONDICIÓN LABORAL</p> <p>Variable Independiente, Cualitativa, compleja.</p> <p>Escala de medición</p> <p>Ordinal</p>	<p>Esta variable hace referencia a cuál es el estado contractual, turno en el cual desempeña sus actividades, horas trabajadas en una jornada laboral, años de experiencia en la profesión.</p>	<p>Tipo de contratación.</p> <p>Doble empleo</p> <p>Turnicidad</p> <p>Horas trabajadas</p> <p>Años de experiencia como Enfermero.</p>	<p>-Permanente. -Transitoria.</p> <p>-Sí- No</p> <p>-Mañana -Tarde -Ambos.</p> <p>-6 Horas. -12 Horas. -Más de 12 Horas.</p> <p>-1 a 5 años. -6 a 10 años. -11 a 15 años. -16 a 20 años. -Más de 21 años.</p>
---	---	---	---

<p>SINDROME DE BURNOUT Variable Dependiente, Cualitativa, compleja. Escala de medición Ordinal</p>	<p>Presencia de uno o más síntomas del síndrome.</p>	<p>Realización Personal.</p>	<p>atienden. -Sentimiento de culpabilidad por los problemas que me atribuyen, tienen los pacientes. -Entender lo que comunican las personas. -Enfrentar los problemas de los pacientes. -Influyó positivamente en los pacientes. -Me siento vital. -Crear una atmosfera relajada para los pacientes. -Animado luego de trabajar. -Realizo cosas importantes en mi trabajo. -Trato los problemas emocionales de manera adecuada.</p>
--	--	------------------------------	--

Consideraciones Éticas.

Para la realización de este estudio se tendrán las consideraciones éticas pertinentes, siempre respetando los tres principios éticos universales, establecidos por la bioética, los cuales son:

Beneficencia: Sobre todo “NO DAÑAR”. Los sujetos que forman parte de la población en estudio no deben estar expuestos a daños físicos ni psicológicos. Los beneficios deben superar los efectos indeseados o adversos, se debe asegurar la confidencialidad.

Autonomía/Respeto por la dignidad humana: Derecho a la autodeterminación y a la información completa, contar con el CONSENTIMIENTO INFORMADO (ver anexo V), libre de coerción. Reconoce la capacidad y los derechos de tomar sus propias decisiones, reconoce la dignidad y libertad.

Justicia: Incluye el derecho del sujeto a un trato justo y preservar su intimidad. Distribución por igual de los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de la investigación. El reclutamiento y la selección de los participantes deben hacerse de manera equitativa. Prohíbe poner en riesgo a un grupo de personas para beneficiar únicamente a otro. Respeto a la confidencialidad de los datos (27).

Personal a cargo de la recolección de datos

El personal a cargo de la recolección de datos será el mismo investigador, teniendo en cuenta la validez interna, este solo estará presente al momento de la entrega de los instrumentos y al finalizarlos los recogerá para su análisis, solo intervendrá si se presentara alguna duda cuando la población en estudio complete los cuestionarios.

Plan de Análisis

Lo primero que se realizará luego de la recolección de datos, es el agrupamiento por cada una de las variables, sexo, antigüedad laboral, condición laboral y síndrome de Burnout, la tabulación de los datos, la presentación y el análisis de la información se realizará mediante el programa estadístico EpilInfo.

Para medir la variable SEXO, se utilizara la escala de medición nominal la cual consta de dos categorías masculino se codifica con el número 1 y femenino con el número 2, el dato será tildado al comienzo del cuestionario.

Para medir la variable ANTIGÜEDAD LABORAL, se empleara una escala de medición de razón, la cual ordenara el dato obtenido, de menor a mayor, y el cero (0) corresponde a la ausencia de la variable. Abarca desde:

- Codificado con el número 1: 1 a 5 años de antigüedad
- Codificado con el número 2: de 6 a 10 años.
- Codificados con el número 3: de 11 a 15 años.
- Codificados con el número 4: de 16 a 20 años
- Codificado con el número 5: más de 21 años.

El dato debe ser tildado en el cuestionario.

Para medir la variable CONDICION LABORAL se utilizó la escala de medición ordinal, ya que compara, diferencia y ordena posiciones. Consta de un cuestionario con preguntas con respuestas para tildar:

* En la pregunta número tres: la respuesta codificada con el numero 1 será contratación permanente y la respuesta codificada con el numero 2 contrato transitorio.

* En la pregunta numo cuatro: la respuesta codificada con el numero 1 equivale a tener doble empleo y la respuesta codificada con numero 2 equivale a no tener doble empleo.

*En la pregunta número cinco: La respuesta codificada con numero 1 equivale a trabajar en el turno mañana, codificada con numero 2 equivale a trabajar en el turno tarde y la numero 3 equivale a trabajar en turno mañana y tarde.

*En cuanto a la pregunta número seis: La respuesta codificada con numero 1 equivale a trabajar solo seis horas, la respuesta codificada con numero 2 equivale a trabajar doce horas y la respuesta codificada con número 3 equivale a trabajar más de doce horas.

* En lo que respecta a la pregunta número siete: Se refiere a los años de experiencia en la profesión va desde la respuesta:

- Codificada con número uno: 1 a 5 años de antigüedad.
- Codificada con número dos: de 6 a 10 años.
- Codificada con número tres: de 11 a 15 años.
- Codificada con número cuatro: 16 a 20 años.
- Codificada con número cinco: más de 21 años de experiencia profesional.

Para medir la variable SINDROME DE BURNOUT, se empleara la escala de medición ordinal, la cual se caracteriza por comparar y ordenar posiciones. Consta de 3 sub escalas:

- Agotamiento Emocional (AE) la cual valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales, determinada por la sumatoria obtenida de los ítems o preguntas que van desde la numero 1 a la 9 inclusive. Puntuación máxima 54 puntos.
- Despersonalización (D) describe una respuesta impersonal y la falta de sentimientos hacia los sujetos objetos de atención, está formada por la sumatoria obtenida en los ítems o preguntas que van desde la numero 10 a 14 inclusive. Puntuación máxima 30 puntos.
- Realización Personal (RP) la cual evalúa los sentimientos de competencia y autoeficacia en el trabajo, compuesta por la sumatoria obtenida en los ítems o preguntas que van desde la numero 15 a 22 inclusive. Puntuación máxima 48.

El instrumento para medir el Síndrome consta de 22 preguntas con opción de respuesta tipo Likert. La codificación va desde cero (nunca) a 6 (diariamente).

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna. Puntuaciones altas en las dos primeras sub escalas y baja en la tercera definen la presencia del Síndrome.

Los sujetos por encima de la puntuación 75 se incluyen en la categoría alta presencia del Síndrome de Burnout.

Los sujetos entre las puntuaciones 75 y 25 están en la categoría media presencia del Síndrome de Burnout.

Los sujetos con un puntaje menor a 25 están en la categoría baja presencia del Síndrome de Burnout.

El tipo de análisis que se aplicará será la estadística descriptiva. Para las variables Síndrome de Burnout, sexo, condición laboral y antigüedad laboral se efectuó un análisis univariado mediante el empleo de la medida de frecuencia: porcentaje, y las

medidas de tendencia central representada a través de histogramas, gráficos de barra simple y adosada y graficas circulares y dispersión: media y desviación estándar. Para el síndrome de Burnout y las variables independientes se empleara el análisis multivariado por medio del Chi cuadrado (28).

Cronograma de Actividades

Actividades	Tiempo	Recursos
Recolección de datos	Primer semestre del 2019	Dinero para traslado, Cuestionarios impresos, biromes, disponibilidad de consultorio.
Análisis de los datos	Julio- Agosto 2019	Cuestionarios completos.
Tabulación de los datos	Septiembre 2019	Computadora, internet, programa para analizar.
Presentación de resultados	Octubre 2019	Hojas impresas
Conclusiones	Primera quincena noviembre 2019	Hojas impresas.
Elaboración Informe Final	Segunda quincena noviembre y diciembre 2019	Computadora, internet, hojas para impresión.
Divulgación	A partir de enero 2020	Dinero para poder publicar la investigación

ANEXOS

I. Guía de convalidación de sitio

A los jefes de cada Centro de Salud:

- ¿Permiten la realización de la Investigación?

- ¿Cuántos turno de trabajo hay?

- ¿Habitualmente cuántas horas trabaja un Enfermero en el servicio?

- ¿Cuántos Enfermeros hay por turno, y a que sexo pertenecen?

- ¿Están presentes todos los Enfermeros de staff permanente?

- ¿Hay pedidos de traslados de Enfermeros del Centro de salud hacia otros servicios?

- ¿Cuántos Enfermeros llegaron al Centro de Salud de otros servicios?

- ¿Hay Enfermeros que tengan doble empleo?

- ¿Cuál es el horario más conveniente para realizar la encuesta, según el flujo de trabajo diario por turno?

- ¿Hay disponibilidad en un horario intermedio para realizar las encuestas?

- ¿Hay disponibilidad de algún espacio físico para realizar las encuestas?

- ¿Hay parte de enfermo de los Enfermeros relacionados con agotamiento o cansancio psicológico?

II. Instrumentos de Recolección de Datos

Cuestionario

A continuación, complete y tilde la opción correcta.

1. Sexo: ⇐ Mujer. ⇐ Hombre.

2. Antigüedad laboral en el servicio:

↘ 1 a 5 años.

↗ 6 a 10 años.

↗ 11 a 15 años.

↘ 16 a 20 años.

↗ Más de 21 años.

A continuación, tilde la respuesta que considere correcta.

3. ¿Cuál es su tipo de contratación actual?

↗ Permanente.

↗ Transitorio.

4. Actualmente, ¿Tiene doble empleo?

↘ Si.

↘ No.

5. ¿En qué turno, habitualmente desempeña sus actividades en este efector?

↗ Mañana.

↗ Tarde.

↗ Ambos.

6. Habitualmente ¿Cuántas horas trabaja en una jornada laboral?

↗ 6 Horas.

↗ 12 Horas.

↗ Más de 12 horas.

7. ¿Cuántos años de experiencia tiene en esta profesión?

↗ 1 a 5 años.

↗ 6 a 10 años.

↗ 11 a 15 años.

↗ 16 a 20 años.

↗ Más de 21 años.

A CONTINUACIÓN: MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE, QUE CONSIDERE MAS ADECUADA, DE ACUERDO CON LA FRECUENCIA EN LA QUE USTED EXPERIMENTA LA SITUACIÓN:

		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
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi.							
5	Me siento "quemado" por el trabajo.							
6	Me siento frustrado por el trabajo.							

7	Siento que esto haciendo un trabajo demasiado duro.							
8	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
9	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
10	Creo que trato a algunos de mis pacientes como si fueran objetos.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Creo que tengo un comportamiento bastante insensible desde que trabajo aquí.							
13	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
14	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes que tengo que atender.							
15	Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.							

16	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
17	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
18	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
19	Me encuentro con mucha vitalidad.							

20	Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes.							
21	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
22	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							

III. Resultado del estudio exploratorio

Luego de la aplicación de la guía de convalidación de sitio en uno de los Centros de Salud, se llegó a la conclusión que el contexto, los centros de salud seleccionados, son los indicado para realizar la investigación ya que se encuentra la población que se desea estudiar, se cuenta con la autorización por parte de los jefes de Centros de Salud y se brindó un lugar para hacer la recolección de datos.

IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento

Los resultados luego de la aplicación de la prueba piloto, fueron los esperados ya que se lograron entender las consignas planteadas, se pudieron llenar los cuestionarios sin dificultad. Si bien el tiempo estipulado fue en un principio de 20 minutos, estos se pueden realizar en un tiempo menor. El investigador estuvo presente cuando se realizó la prueba, si bien la única duda que surgió fue en cuanto al Consentimiento Informado, no estaba clara una parte ya que hubo un error de impresión, esto se modificó y se anexo el consentimiento definitivo.

V. Modelo Consentimiento Informado

Sección 1: información

Usted ha sido invitado a participar en un estudio que tiene por finalidad detectar la “Presencia del Síndrome de Burnout y la relación con las condiciones laborales de los Trabajadores de centro de salud municipales del distrito norte de la ciudad de Rosario”, esta investigación será llevada a cabo por la investigadora María José Ibarra, en el periodo del primer semestre del año 2019, este estudio no cuenta con un financiamiento monetario. El problema que se plantea en el siguiente proyecto de investigación es : ¿Qué relación existe entre las Condiciones Laborales y la presencia del Síndrome de Burnout según, antigüedad laboral y sexo, en los Enfermeros de Centro de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario en el primer semestre del año 2019?.

Con el objetivo de establecer una relación entre las Condiciones Laborales y la presencia del Síndrome de Burnout, según antigüedad laboral y sexo, en los Enfermeros de Centros de Salud Municipales del Distrito Norte de la ciudad de Rosario en el primer semestre del año 2019. Con el propósito de no solo, aportar una medida para el mejoramiento de las condiciones laborales existentes hasta el momento, sino también otorgar herramientas para mejorar el afrontamiento de situaciones complejas en el ámbito laboral. Los aportes de esta investigación favorecerán a desarrollar en un futuro un programa de apoyo, entre otros para profesionales que atienden a personas, mejorar las condiciones laborales existentes, aportar herramientas para disminuir este síndrome. A través de dicho consentimiento se brinda toda la información necesaria para que usted decida participar o no en la investigación. Contemplando el retiro voluntario siempre que lo desee, en cualquier momento de la investigación. Se realizará una encuesta, evitando los datos personales, donde responderá 22 preguntas con opciones de respuesta y otro que consta de 6 de respuesta múltiple y 1 respuesta dicotómica. Dichas entrevistas se realizarán en un consultorio proporcionado para tal fin, por parte de los jefes del centro de salud, con autorización de los mismos y con una duración aproximada de 20 minutos, en el horario que le sea más cómodo a lo largo de su jornada laboral. Se respetará la confidencialidad de la información garantizando el anonimato de los mismos. La investigación No poseerá riesgos para usted, como así tampoco una compensación monetaria.

Descripción de datos de contacto en caso de Cualquier reclamo, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, Usted puede dirigirse a María José Ibarra Enfermera Profesional, matrícula habilitante N° 5285, teléfono de contacto 03413639695, dirección de correo electrónico: marijo231286@hotmail.com, los días de lunes a viernes de 7 a 15 horas.

Sección 2: Consentimiento

Se me ha invitado a participar:

He leído el documento, y he sido informado de los objetivos de la investigación y entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,....., Documento
Nacional de Identidad, de nacionalidad.....,
mayor de edad, con domicilio en
.....

....., consiento en participar en la investigación denominada:
“Presencia del Síndrome de Burnout y la relación con las condiciones laborales de los Trabajadores de Centro de Salud Municipales del distrito Norte de la ciudad de Rosario” Incluye información clara y precisa de la investigación, relativa al propósito del estudio, modalidad de participación, riesgos y beneficios, voluntariedad, derecho a conocer los resultados, derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, voluntariedad, derecho a conocer los resultados, confidencialidad, información del Investigador (29).

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Bibliografía

- 1- Lachner Saborío Morales, Luis Fernando Hidalgo Murillo. Revisión Bibliográfica Síndrome de Burnout. Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines - Marzo 2015 Edición Virtual Vol. 322015. Pág. 1.
- 2- Guillermo Axayácatl Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farías Serratos, José de Jesús Suárez Campos- Síndrome de Burnout- Arch Neurociencia 2006 (Mex) Vol. 11, No. 4: Pág. 306
- 3- Pedro Gil. Monte. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica, 25 de julio de 2001 Pág.: 77.
- 4- Muñoz Sánchez, Javier - Martínez, Noelia del Amor - Lázaro Sauquillo, Marta Carranza Román, Aurora Martínez Cantó, Marta. Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería. Enfermería global, N° 46 año 2017. pág. 319,328.
- 5- Oscar Alexander Gutierrez-Lesmes - Nelly Johanna Loba-Rodríguez - Javier Martínez-Torres. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016 Prevalence of Burnout syndrome in nursing professionals from Orinoquia, Colombia in 2016 pág. 37-43.
- 6- Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo –Cymat - del cctg Dto. 214-06 y la Dirección de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud. Cymat Argentina pdf. Dto. N°214/06 2017. Pág. 8,15 y 17.
- 7- Julio César Neffa. Orientación y Sociedad N° 15 enero-diciembre 2015 pág. 18.
- 8- Aspiazu, Eliana. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 2017, n.28 citado 2018-09-29, pp.11-35.
- 9- Gabriel Acevedo, Alejandra Farías, Julieta Sánchez, Cecilia Astegiano, Alicia Fernández - Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente- Rev. Argent Salud Pública, Vol. 3 - N° 12, Septiembre 2012 pág. 16
- 10- Jablonski, Stanley. Síndrome: un concepto en evolución. *Acimed*, Recuperado en 08 de septiembre de 2018, Pág. 30-38.
- 11- Juárez García, A. Entrevista con Chirstina Maslach: Reflexiones sobre el síndrome de Burnout. Liberabit. Revista de Psicología [Internet]. 2014;20(2):199-208. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68632617001>

- 12- Anabela Martínez Pérez. El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia* Septiembre 2010 · Año XIII · nº 112 · pp.42-80.
- 13- Bermejo, José Carlos. Y a ti, ¿quién te cuida?. *Revista Chilena de Endocrinología y diabetes*, 2016, vol. 9, no 3, p. 100-101.
- 14- Salanova Soria, Marisa; LLORENS GUMBAU, Susana. Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, 2008. Vol. 29(1), pp. 59-67
- 15- Gil-Monte, Pedro R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en estudio*, 2002, vol. 7, no 1, p. 3-10.
- 16- Julio César Neffa. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Cymat) y Salud. Facultad de Psicología Universidad Nacional de La Plata. *Orientación y Sociedad*. N° 15 | enero-diciembre 2015.
- 17- Dr. Gilberto Ríos Ferreira. APS mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en salud en los países de América del Sur. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica Rio de Janeiro Junio 2014.
- 18- Santos Koerich. Sousa Campos Gastón. Manual de Enfermeros Junta de Escalafonamiento Ministerio de Salud – Santa Fe Decreto 522/13. Pág. 3-50.
- 19- Blanca Escobar Castellanos. Tatiana Paravic-Klijn. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Edición Semestral N°. 33, Julio-Diciembre 2017 pág.: 1-15
- 20- Naranjo Hernández Ydalsys, Jiménez Machado Norma, González Meneses Lourdes. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *AMC* [Internet]. 2018 Abr [citado 2018 Oct 01]; 22(2): 231-243. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200013&lng=es.
- 21- Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 6 ta edición. Capítulo 7. Concepción o elección del diseño de investigación. Pág. 128
- 22- Elia Beatriz Pineda, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. De canales. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2 da edición. Capítulo VI “Diseño Metodológico” pag. 162-166

- 23- Documento informativo on-line. Ciudad. Distritos. Distrito Norte. Desarrollado con software libre por la Municipalidad de Rosario. Buenos Aires 711, Rosario, Santa Fe, Argentina (1997 - 2018) Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/distritos/distrito-norte/conformacion-y-localizacion-distrito-norte>
- 24- Vásquez-Manrique, Jim F, Maruy-Saito, Aldo, & Verne-Martin, Eduardo. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Recuperado en 02 de junio de 2018 Lima, Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría, 77 168-174.
- 25- Hernández Sampieri. Carlos Fernández Collado. Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 6ta edición. Capítulo 9 Recolección de datos cuantitativos. pág. 200-207.
- 26- Elia Beatriz Pineda. Eva Luz de Alvarado. Francisca H. de Canales. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Cap. V, "Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos" pág. 124-133.
- 27- Dra. Graciela simonetti, Dra. Nancy Martínez Salomón. Universidad Nacional de Rosario. Investigación en Enfermería. Cuaderno de cátedra. Año 2018. Ética e Investigación. Pág. 35-39.
- 28- Dra. Graciela simonetti, Dra. Nancy Martínez Salomón. Universidad Nacional de Rosario. Investigación en Enfermería. Plan de análisis. PDF. 2018
- 29- Universidad de La Frontera-Comité Ético Científico-(Consentimiento informado) Avenida Francisco Salazar 01145- Temuco, Chile. Disponible en: <http://cec.ufro.cl/index.php/modelos-tipo>