



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNDROME DE BURNOUT Y HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL
ATENCIONAL DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA SUR, 2019

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Aybar Monteza, Alexis Lizardo

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Diaz Hamada, Luis Alberto

Cuya Barzola, Cesar

Lucich Rivera, Esther A.

Lima - Perú

2024

SÍNDROME DE BURNOUT Y HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL ATENCIONAL DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA SUR, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

15%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | qdoc.tips Fuente de Internet | 1% |
| 2 | repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 3 | repository.unac.edu.co Fuente de Internet | 1% |
| 4 | repositorio.iberopuebla.mx Fuente de Internet | 1% |
| 5 | Submitted to Universidad Del Magdalena Trabajo del estudiante | 1% |
| 6 | imgbiblio.vaneduc.edu.ar Fuente de Internet | 1% |
| 7 | Submitted to Universidad Santo Tomas Trabajo del estudiante | 1% |
| 8 | edoc.pub Fuente de Internet | 1% |



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNDROME DE BURNOUT Y HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL ATENCIONAL DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LIMA SUR, 2019

Línea de Investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención en Psicología

Clínica

Autor:

Aybar Monteza, Alexis Lizardo

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Diaz Hamada, Luis Alberto

Cuya Barzola, Cesar

Lucich Rivera, Esther A.

Lima – Perú

2024

Dedicatoria

A mis padres, por todo el apoyo a lo largo de mi vida y en cada paso importante que fui dando. Por la orientación y paciencia en tiempos complicados pero que dieron sus frutos.

Agradecimientos

A la Escuela de Pregrado de la UNFV, por brindarme la oportunidad de obtener la licenciatura en Psicología.

A mi asesor el Mg. Orlando Del Rosario Pacherras, docente de la facultad de Psicología, por sus consejos y apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

Al personal que contribuyeron en la realización del presente trabajo.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen | ix |
| Abstract | x |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 3 |
| 1.2. Antecedentes | 6 |
| 1.2.1. Antecedentes Nacionales | 6 |
| 1.2.2. Antecedentes Internacionales | 11 |
| 1.3. Objetivos | 15 |
| 1.3.1. Objetivo General | 15 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 15 |
| 1.4. Justificación | 15 |
| 1.5. Hipótesis | 17 |
| 1.5.1. Hipótesis conceptual | 17 |
| 1.5.2. Hipótesis estadísticas | 17 |
| II MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación | 18 |
| 2.1.1. Síndrome de Burnout | 18 |
| 2.1.2. Habilidades Sociales | 24 |
| III. METODO | 40 |
| 3.1. Tipo de Investigación | 40 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.2. Ámbito temporal y espacial | 41 |
| 3.3. Variables | 41 |
| 3.4. Población y muestra | 42 |
| 3.5. Instrumentos | 44 |
| 3.6. Procedimientos | 54 |
| 3.7. Análisis de datos | 55 |
| IV. RESULTADOS | 57 |
| V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 71 |
| VI. CONCLUSIONES | 78 |
| VII. RECOMENDACIONES | 79 |
| VIII. REFERENCIAS | 80 |
| IX. ANEXOS | 92 |

Índice de tablas

| N° | | Pág. |
|----|--|------|
| 1 | Operacionalización de variables. | 41 |
| 2 | Distribución de la muestra. | 43 |
| 3 | Ítems para cada dimensión. | 46 |
| 4 | Análisis de ítems del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) – HS. | 47 |
| 5 | Estimaciones de confiabilidad cansancio emocional – despersonalización. | 48 |
| 6 | Estimaciones de confiabilidad realización personal. | 49 |
| 7 | Ítems de las dimensiones de las habilidades sociales. | 50 |
| 8 | Análisis de ítems de la escala de habilidades sociales con el puntaje total de la escala de habilidades sociales. | 52 |
| 9 | Estimaciones de confiabilidad de la escala de habilidades sociales. | 53 |
| 10 | Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra. | 56 |
| 11 | Niveles del síndrome de Burnout y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019. | 57 |
| 12 | Niveles de las habilidades sociales y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019. | 58 |
| 13 | Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según sexo. | 60 |

| | | |
|----|---|----|
| | Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal | |
| 14 | atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupos etarios. | 61 |
| | Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal | |
| 15 | atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según tiempo de servicios. | 63 |
| | Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal | |
| 16 | atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupo ocupacional. | 64 |
| | Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus | |
| 17 | dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según sexo. | 65 |
| | Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus | |
| 18 | dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupos etarios. | 66 |
| | Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus | |
| 19 | dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según tiempo de servicios. | 67 |
| | Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus | |
| 20 | dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupo ocupacional. | 69 |
| | Relación entre síndrome de burnout con las habilidades sociales en | |
| 21 | personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019. | 70 |

| | | |
|----|--|----|
| | Relación entre habilidades sociales y las dimensiones del síndrome | |
| 22 | de burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019. | 70 |

Resumen

La investigación con un enfoque cuantitativo de tipo descriptiva analítica, tuvo como objetivo determinar cómo se presentan el síndrome de Burnout y las habilidades sociales en trabajadores de un establecimiento de salud de primer nivel de atención de Lima Metropolitana – 2019 y su asociación – comparación según las variables socio laborales. Se aplicó a 118 trabajadores de salud el Maslach Burnout Inventory y Habilidades Sociales de Goldstein (1978). Los datos se procesaron con el SPSS (22.0) y se concluyó: 1. La confiabilidad del Inventario de burnout (0.788) y habilidades sociales (0.995). 2. El 63.6% presentan Burnout y el 36.4% no presenta Burnout. 3. En habilidades sociales el 2.5% un nivel muy bajo; el 49.3% un nivel bajo; el 4.2% un nivel moderado; el 9.3% un nivel de alto; el 34.7% un nivel muy alto. 4. Existe correlación negativa alta ($\rho = 0.767$, $p < 0.001$) entre burnout y habilidades sociales. Existe correlación positiva alta entre habilidades sociales con realización personal (0.799, $p < 0.001$) y correlación negativa alta con agotamiento emocional (-0.719) y con despersonalización (-0.711). 5. La dimensión habilidades relacionadas con los sentimientos, es la que presenta un mayor porcentaje explicativo con un 50.4% del síndrome de burnout. 6. Existe diferencias de promedios del síndrome de Burnout y sus dimensiones según grupos etarios, tiempo de servicios, sexo, grupo ocupacional. 7. Existe diferencias de promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según grupos etarios, tiempo de servicios, sexo, grupo ocupacional.

Palabras clave: síndrome de burnout, habilidades sociales, centro de salud, primer nivel de atención

Abstract

The objective of the research with a quantitative descriptive analytical approach was to determine how Burnout syndrome and social skills are presented in workers of a first level health care facility in Metropolitan Lima - 2019 and its association - comparison according to the socio-labor variables. The Maslach Burnout Inventory and Goldstein's Social Skills (1978) were applied to 118 health workers. The data was processed with the SPSS (22.0) and it was concluded: 1. The reliability of the Burnout Inventory (0.788) and social skills (0.995). 2. 63.6% have Burnout and 36.4% do not have Burnout. 3. In social skills 2.5% a very low level; 49.3% a low level; 4.2% a moderate level; 9.3% a high level; 34.7% a very high level. 4. There is a high negative correlation ($\rho = 0.767$, $p < 0.001$) between burnout and social skills. There is a high positive correlation between social skills with professional achievement (0.799, $p < 0.001$) and a high negative correlation with emotional exhaustion (-0.719) and depersonalization (-0.711). 5. The dimension skills related to feelings, is the one that presents a higher explanatory percentage with 50.4% of the burnout syndrome. 6. There are differences in averages of Burnout syndrome and its dimensions according to age groups, length of service, sex, occupational group. 7. There are average differences in social skills and their dimensions according to age groups, length of service, sex, occupational group.

Keywords: burnout syndrome, social skills, health center, first level of care.

I. INTRODUCCIÓN

Siendo la salud, en términos de la OMS, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades; y siendo el sector de salud pública, la encargada de brindar servicios en pro de la misma, éste no se encuentra exento de afecciones como el estrés laboral; estrés que junto a las condiciones de trabajo presentes en el día a día, influirán en la conducta, desempeño y motivaciones personales de sus trabajadores (Nunura, 2016).

La presente investigación utilizó la metodología cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional, teniendo como objetivo determinar el síndrome de Burnout y las habilidades sociales en trabajadores de un establecimiento de salud de primer nivel de atención de Lima Metropolitana – 2019, asimismo su asociación – comparación, según las variables socio laborales. Se realizó un estudio de tipo censal, incluyendo a 118 trabajadores asistenciales de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 20 a 70 años, entre personal técnico, de enfermería y personal profesional, cuyo tiempo de servicios es de entre 5 años y mayores a 21 años. Para la investigación se utilizaron el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y la Lista de chequeo de Habilidades Sociales, teniendo estos instrumentos una validez y confiabilidad vigentes.

Se obtuvieron como resultados que, si existía la presencia de burnout en la muestra evaluada, asimismo, con un 52.8% de la población, el nivel de habilidades sociales se encontraba por debajo del promedio. Estos resultados dieron paso a la conclusión de que existe correlación negativa alta y significativa entre las variables, rechazándose la hipótesis nula.

Finalmente, la investigación está distribuida de varios acápite. El I: denominado introducción, donde se enfatiza la descripción y formulación del problema general con sus respectivos problemas específicos, se mencionan los antecedentes de la investigación, el

objetivo general y los objetivos específicos, la justificación de la investigación y la hipótesis general y las hipótesis específicas. En el II acápite, se desarrolla el marco teórico, enfatizándose las definiciones, características, entre otros datos. El III acápite se enfatiza en el Método, donde se plantean el tipo de investigación, ámbito espacial y temporal, población y muestra, las variables y su operacionalización, instrumentos, procedimiento y técnicas de análisis de los datos. En el IV acápite se describen los resultados, describiendo en tablas los resultados obtenidos por las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales para la contrastación de las hipótesis estadísticas. En el V acápite se discuten los resultados confrontándolos con los reportes de los antecedentes. Se plantea en el rubro VI las conclusiones que dan respuesta a los objetivos específicos planteados; en el apartado VII se formulan algunas recomendaciones en función de las conclusiones planteadas. En la VIII sección se describen las referencias utilizadas para el presente trabajo y finalmente, el rubro IX se refiere al anexo, donde se describen los instrumentos de obtención de los datos.

1.1. Descripción y formulación del problema

A través de una revisión de diversos estudios, Shirom (1989), 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” (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999).

Asimismo, Martínez (2010) afirmaba que desde hace al menos dos décadas el síndrome de Burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica. Aplicado en los comienzos sólo a trabajadores del ámbito social y sanitario, el síndrome del “quemado” se ha generalizado en la actualidad. Esta condición de cansancio emocional y agotamiento asociado al trabajo se deriva de una extensa exposición al trabajo en ambientes tóxicos, con estresores laborales y también por falta de apoyo social (Trindade y Lautert, 2010).

El síndrome de desgaste profesional o síndrome de burnout es considerado como parte del riesgo profesional de salud ya que son profesionales propensos a padecerlo, debido a la naturaleza específica de su trabajo. En países europeos y americanos se evidencia una prevalencia variable de este síndrome; las cifras oscilan entre un 2 a 3 % hasta el 50%, en América Latina se ha detectado una prevalencia de un 4% hasta 50%, por ejemplo, en México va del 10,9% hasta el 36% (Castañeda et al., 2012).

El Síndrome de Burnout como problema de salud, es un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos que, en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en sus demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectan negativamente el rendimiento y calidad del servicio (Vásquez et al., 2014).

Es en los establecimientos de salud, donde laboran los profesionales, los cuales muchas veces son espacios reducidos o confinados, en los que proporcionamos atención a nuestros pacientes, quienes presentan problemas de salud. La atención en estos espacios reducidos, con el exceso de carga y otros riesgos laborales, hace que se incremente la exposición a la carga emocional y laboral, esto conlleva a un mayor riesgo para la salud mental de quien ejerce nuestra profesión (Solís et al., 2015).

Las actividades laborales de quienes trabajan en atención a las personas y las académicas generan un cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que en conjunto es lo que se denomina síndrome de burnout (Pérez y Cartes, 2015).

En la actualidad, pese a la existencia de varias investigaciones acerca del síndrome de Burnout, no se ha tomado la atención que quizá de modo institucional, a nivel de salud mental, amerita. Solís, et al. (2017) sostienen que el agotamiento profesional es un síndrome clínico multicausal considerado un daño laboral muy importante, por lo que debe ser identificado y analizado en profesionales de la salud dado su rol en la sociedad.

Su presencia en actividades con exigencia y tensión psicológica hace que se presente con más frecuencia en las profesiones con mayor y continuo contacto con personas que demandan atención, especialmente si existe una relación de ayuda o servicio, como el personal de salud, docentes y asistentes sociales (Solís et al., 2017).

El ser humano tiene como característica el ser un ente sociable, necesitando para ello tener contacto desde diversos ámbitos, y en diversos contextos, con sus pares. Las Habilidades Sociales son un conjunto de conductas realizadas por un individuo que, en un contexto interpersonal, expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la posibilidad que aparezcan futuros problemas (Matos, 2017).

Las habilidades sociales se consideran como un conjunto de comportamientos dentro de la persona, que resultan siendo complejos. Estas habilidades son competencias que se van adquiriendo o aprendiendo a lo largo de un tiempo de relación con el entorno social, son conductas que se aprenden para alcanzar una meta pre establecida (Peñañiel y Serrano, 2010).

Las habilidades sociales en el profesional de la salud son un conjunto de conductas emitidas en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación inmediata, respetando esas conductas en los demás, los cuales pueden ser verbales y no verbales. La habilidad social le permite al profesional de la salud, resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Recordar que las habilidades sociales se adquieren principalmente a través del aprendizaje (Del Prette y Del Prette, 2013).

Hay que tener en cuenta que no solo se debe de desarrollar las habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales, sino también las habilidades sociales o de comunicación, que se expresan en las relaciones clínico-paciente, que diariamente ocurre en atención dentro del contexto de salud (Castañeda y García, 2013).

Ahora, si bien las habilidades sociales son un rasgo característico de toda persona; resultan más que vitales a la hora de interactuar con pacientes, ya que según palabras de Matos (2017), pues sostiene que las habilidades sociales dotan al profesional de habilidades y actitudes fundamentales para iniciar y mantener una relación de ayuda, con la finalidad de garantizar una interacción efectiva.

Las habilidades sociales en un trabajador de ciencias de la salud promueven al máximo el aprovechamiento de sus capacidades y contribuyen a neutralizar los efectos negativos de un ambiente social y familiar desfavorable; mediante estas habilidades se tiene la oportunidad de adquirir técnicas, conocimientos, actitudes y hábitos que le permiten una mejor adaptación al entorno dentro de los servicios de salud (Herrero, 2017).

Según Cosío-Dueñas, et al. (2020) las habilidades sociales están recibiendo una especial atención en la actualidad, a pesar de no ser un concepto reciente, debemos de recordar que ha tenido un desarrollo histórico importante en las ciencias de la salud en especial la Psicología. Este concepto se refiere al comportamiento social que un profesional de la salud tiene y el cual, lo ha desarrollado desde niño en su primera infancia (p. 200).

La presente investigación trabaja en base al Síndrome de Burnout, ya que es éste el que se observa con mayor frecuencia en el personal de salud, puesto que están en contacto directo con personas enfermas, y experimentan estrés físico, psíquico y emocional (Sarmiento, 2019); relacionándolo con la capacidad de interacción para con sus pares y/o pacientes, es decir, sus habilidades sociales.

Pero si bien las habilidades sociales y el síndrome de burnout son resultado de una respuesta adaptativa a determinados contextos y realidades, es probable que dicha respuesta varíe en cuanto al tipo de exigencia y/o contexto se presente, es decir, podría haber una variación de las habilidades sociales y el síndrome de burnout si se trabaja con población de un hospital especializado, o un centro de salud de primer nivel de atención.

Es por lo expuesto hasta el momento que se ve necesaria plantear la interrogante: ¿Cómo se presenta y relaciona el síndrome de Burnout con las habilidades sociales en trabajadores de un establecimiento de salud de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, 2019?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Toscano y Toscano (2021) en la tesis realizada se planteó el objetivo de determinar la relación de habilidades sociales y síndrome de Burnout en trabajadores de la subgerencia de “serenazgo de la Municipalidad Provincial de Huamanga” - Ayacucho, 2021. Sobre la metodología fue el tipo de investigación cuantitativo, nivel correlacional y diseño no

experimental de corte transversal. La población fue de 139 trabajadores, con una muestra 103 participantes y el muestreo no probabilístico a través de criterios de inclusión y exclusión. La técnica fue encuesta – cuestionario, los instrumentos Escala de Habilidades Sociales (EHS) y Escala del síndrome de Burnout (MBI) debidamente validados y confiables. El estadígrafo que se utilizó para obtener el resultado a la Hipótesis General fue el Tau_b de Kendall, obteniendo como p valor el resultado 0.184 el cual es mayor a 0.05. En consecuencia: se acepta la (H₀) hipótesis nula y rechaza la (H_a) hipótesis alterna, con un margen de error correspondiente al 5% y nivel de confianza 95%; permitiéndose concluir que no existe relación de habilidades sociales y síndrome de Burnout en trabajadores de la subgerencia de “serenazgo de la Municipalidad Provincial de Huamanga” - Ayacucho, 2021.

Cosio-Dueñas, et al. (2020) en su investigación tuvieron como objetivo determinar la relación de las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout en Odontólogos del Ministerio de Salud. Se utilizó el método deductivo, con alcance relacional. La muestra estuvo constituida por 60 odontólogos que laboran en el Ministerio de Salud de la Región Apurímac, mediante un muestreo probabilístico aleatorio estratificado por género. La técnica de recolección de la información fue por conglomerados. La prueba de hipótesis fue contrastada mediante el estadístico paramétrico de correlación de Pearson, para analizar las dos variables medidas en intervalo. El resultado obtenido fue a mayores habilidades sociales, menor es el Síndrome de Burnout en los Odontólogos del Ministerio de Salud, se obtuvo una correlación de Pearson de -0,696 con un factor de determinación de 0,675. Se concluye que existe asociación inversamente proporcional entre las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout en profesionales de la odontología. Por otro lado, las habilidades sociales están asociadas inversamente proporcional a la dimensión cansancio o agotamiento emocional, así como también a la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout; asimismo, las habilidades sociales no están asociadas con la dimensión relación personal del Síndrome de Burnout.

Requena (2019), realizó una investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo; que en cuanto a la estadística descriptiva del síndrome de burnout halló que varones y mujeres presentan bajo cansancio emocional, con 78,4 y 81,4% y baja despersonalización con 73 y 81,8%, por otro lado, se halló niveles altos de realización personal con 97.3% para varones y 100% para mujeres. Dicho estudio se realizó en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, espacio en donde, según los resultados, no presenta síndrome de burnout, por lo contrario, las demandas laborales no dejan agotados a los trabajadores al finalizar su turno de trabajo, tampoco presentan actitudes de frialdad y distanciamiento hacia las personas que van en busca de atención por lo que se sienten a gusto ejerciendo su profesión demostrando realización profesional.

Sarmiento (2019), realizó un estudio descriptivo transversal analítico en 110 trabajadores, entre médicos, enfermeros, obstetras y personal técnico; encontrando un 10 % de la población con síndrome de burnout. El grupo de médicos presentó 16,3 % de burnout; el personal de enfermería y obstetras, 8,6 %; y en el personal técnico de enfermería no se encontró burnout. El personal con contratos temporales, un tiempo de servicio entre 1 a 10 años y de sexo masculino presentaron el síndrome con mayor frecuencia. Se halló un cuadro leve en un 34,5 % y moderado en un 18,2 %, asimismo se halló un 15,5 % de nivel alto de agotamiento emocional, un 33,6 % de nivel alto en la dimensión de despersonalización. Finalmente, un 51,8 % de la población presentó una baja realización personal.

Valderrama (2019) en su trabajo, para optar el grado de maestro en Salud Pública mención Gerencia en servicios de Salud de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú; planteó el objetivo general de determinar la relación de las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout, la investigación fue “observacional y analítica, no es experimental, se desarrolló dentro del paradigma cuantitativo, se utilizó el método deductivo, de alcance relacional y analítico. La unidad de análisis estuvo constituida por Cirujanos Dentistas que

laboran en el Ministerio de Salud de la Región Apurímac, que cumplan con los criterios de inclusión, la muestra fueron 60 Cirujanos Dentistas, mediante un muestreo probabilístico aleatorio, estratificado por género. La técnica de recolección de la información fue por conglomerados. La prueba de hipótesis fue contratada mediante el estadístico paramétrico de correlación de Pearson, para analizar las dos variables medidas en intervalo. El resultado obtenido fue a mayores habilidades sociales, menor es el Síndrome de Burnout en los Odontólogos del Ministerio de Salud de Apurímac, se obtuvo una correlación de Pearson de -0,696 con un factor de determinación de 0,675. Se concluye que existe asociación inversamente proporcional entre las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout en Odontólogos del Ministerio de Salud, Apurímac, 2018. Las habilidades sociales están asociadas inversamente proporcional, a la dimensión cansancio o agotamiento emocional del Síndrome de Burnout; las habilidades sociales están asociadas inversamente proporcional a la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout; las habilidades sociales no están asociadas con la dimensión relación personal del Síndrome de Burnout”.

Domínguez (2018) en su investigación para obtener su maestría, tuvo el propósito de medir el nivel de síndrome de burnout en la muestra y el influjo que tiene en el desempeño del profesional de la salud. La metodología fue de “tipo cuantitativo y descriptivo-correlacional, la aplicación de dos instrumentos en cada variable-dimensiones y el empleo de una muestra de 27 profesionales en la salud. El trabajo de campo se ha efectuado entre los meses de julio-agosto del presente año 2018 y para la evaluación en prueba de hipótesis, se recurrió al coeficiente Tau b de Kendall. La conclusión principal evidencia una relación estadística significativa entre el Síndrome de Burnout y el desempeño profesional en el personal del Centro de Salud ‘Nuevo Milenio’ de Puerto Maldonado, y se demuestra 21 con un índice Tau b de Kendall de ($t_b=0,358$), equivalente a un 35,8%. Las conclusiones secundarias dan cuenta que el Síndrome de Burnout tiene ‘presencia moderada’ en un 78%, y ‘presencia leve’ en un

22% de la muestra. También se demuestran indicadores de desempeño profesional donde el 52% se auto valora como ‘buen profesional’, el 26% como ‘muy buen profesional’, y un 22% como ‘profesional regular’. Hay correlaciones intermedias entre variables y dimensiones que confirman la relación general entre variables”.

Bedoya y Barrientos (2018) en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en los trabajadores de la dirección regional de salud Ayacucho 2018. La población de estudio estuvo conformada por los trabajadores que fueron elegidos mediante el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica utilizada fue la aplicación de la encuesta estructura Maslach Burnout Inventory y la escala de satisfacción sl-spc validado mediante un muestreo piloto con el 30% de la muestra con un alfa de Cronbach de 0.902 y 0.788 respectivamente. Los principales resultados de la presente investigación en la DIRESA fueron que el 81,1% (137) percibieron un nivel bajo del síndrome de burnout, el 15,4% (26) percibieron un nivel medio del síndrome de burnout, y el 3,6% percibieron un nivel alto del síndrome de burnout, asimismo, el 52,7% (89) sienten un nivel satisfecho de satisfacción laboral, el 38,5% (65) sienten un nivel promedio de satisfacción laboral, el 5,3% (9) sienten un nivel muy insatisfecho de satisfacción laboral, y el 3,6% (6) sienten un nivel insatisfecho en su satisfacción laboral”.

Otro estudio de Burnout llevado a cabo con internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Juscamaita, 2018), determinó que del total de los internos encuestados 100% (n=102), la prevalencia del Síndrome de Burnout fue 26,5% (n= 27), respecto a los factores sociodemográficos y laborales no se encontró asociación para la aparición del Síndrome de Burnout en los internos de medicina del Hospital, para ello la recolección de datos se obtuvo mediante dos encuestas: Cuestionario ad-hoc que consta de 16 preguntas, donde se tomaron datos para los dos factores del estudio, donde lo referente al factor sociodemográfico consta de 10 variables y para los factores laborales consta de 6 variables, así como también de

la Encuesta del Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Survey (MBIHSS), que consta de 22 ítems planteado es una escala tipo Likert, validada en español.

Palomino (2018) investigó el síndrome de Burnout que se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras personas, como el personal de los servicios de salud (hospitales, centros de salud y otros). Este síndrome presenta, tres dimensiones esenciales: el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de baja realización profesional. Según la literatura médica los Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría tienen alto riesgo de desarrollar esta condición. Objetivos: Describir las características del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en febrero del 2018. Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Muestra: participaron 29 Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del 1ro, 2do y 3er año en febrero del año 2018. Método: Se utilizó una ficha sociodemográfica y el cuestionario Maslach Burnout Inventory – HSS Resultados: Se encontró que los médicos residentes la especialidad de psiquiatría del HVLH tienen un cansancio emocional alto en el 17.24%, una despersonalización de nivel alto en un 20.69% y una sensación de realización personal baja en un 62.06%, además se halló una frecuencia de 17.24% del síndrome de burnout. Conclusiones: La dimensión más afectada fue la realización personal, un 62.66% presentan bajo nivel de esta. La frecuencia del síndrome de burnout fue de 17.24%, presentándose más en médicos residentes del sexo femenino, de 2do año, solteras, edad entre 25 y 34 años, que trabajaban de 8 a 10 horas por día.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Calzada, et al. (2023) analizaron la relación entre habilidades sociales y síndrome de burnout en 40 amas de casa entre 19 a 25 años de la ciudad de Villavicencio, Colombia. Dicho estudio, de carácter cuantitativo no experimental, transaccional y de alcance descriptivo

correlacional; tuvo como media la edad de 23 años y la desviación típica de 1.8%. Al indagar sobre el tiempo de ser amas de casa y tener personas a cargo, se encontró que más del 70% de la población participante tiene 1 persona a cargo, por ende, tiene una gran amplitud de responsabilidades en su cotidianidad más allá del cumplimiento de su trabajo. Ahora, el 100% de la población indicó tener un hijo y al menos el 30% refirió tener entre dos y tres personas a cargo. El 40% indicó estar estudiando una carrera universitaria o terminando el bachillerato; mientras que el 50% se encuentra laborando. En cuanto a la relación de burnout y habilidades sociales, las únicas correlaciones significativas fueron entre eficacia y agotamiento, y entre eficacia y cinismo, con un tamaño de correlación moderado, debido a que esta correlación se repite en todos los análisis solo se presenta una vez y no se presenta de manera sucesiva para evitar la repetición de información irrelevante.

Garrido y Pomareda (2022), en su investigación sobre la prevalencia de burnout en estudiantes de odontología; mediante una revisión sistemática y variada de literatura, encontraron coincidencias en que la presencia de burnout es una problemática real en la formación de los estudiantes de odontología. Respecto a las diferencias por sexo en la experiencia de burnout, varios de los estudios revisados no identificaron diferencias significativas según sexo. Sin embargo, al analizar las diferencias por sexo en las dimensiones del burnout identificaron puntajes significativamente mayores para agotamiento emocional en mujeres, mientras que los hombres presentaban niveles significativamente mayores de despersonalización, lo cual podría responder a diferencias de género respecto a la forma en que se manifiesta el burnout. Los artículos analizados en su investigación presentan una alta variabilidad, pues considera estudiantes de países y características socioculturales distintas, que asisten a universidades con diferentes planes de estudio y en distintos años de la carrera, sin embargo, todos ellos indican que la presencia de burnout durante la formación profesional en odontología es una problemática real, que debe ser abordada.

Polo, et al. (2019), en su investigación, de enfoque cuantitativo y diseño transeccional correlacional, sobre Habilidades Emocionales y Síndrome de Burnout en 257 docentes; encontraron que se cumple su hipótesis alterna; permitiendo asegurar que existe una correlación negativa entre los niveles de habilidad emocional y burnout en docentes ($r_s = -0,637$), de las ciudades de Barranquilla, Cartagena y Montería, seleccionados para establecer una muestra representativa, no probabilística. Con lo cual se rechazan la hipótesis nula, según la cual no existía correlación entre las habilidades emocionales y el nivel de burnout, en la muestra seleccionada. Así mismo, algunas de las dimensiones del CBP-R, tales como el estrés de rol, el agotamiento emocional y la falta de realización estuvieron relacionadas negativamente y de forma moderada con el nivel general de habilidad emocional de los docentes. Estas correlaciones oscilaron entre $r_s = -0,564$ y $r_s = -0,547$. Por último, hubo también algunas correlaciones negativas moderadas entre habilidades emocionales independientes y las tres dimensiones del CBP-R mencionadas.

Torres (2019), llevó a cabo una investigación cuantitativa transversal de tipo no experimental, con 384 docentes de nivel básico de la ciudad de León, México; con el objetivo de analizar la relación entre las habilidades intrapersonales y el burnout. El tipo de muestreo fue no aleatorio, considerando categorías sociolaborales como sector público o privado, sexo, estudiantes con BAP, edad (menores de 30, entre 30 y 40, entre 41 y 50, entre 51 y 60 años) y nivel educativo (primaria y secundaria). En cuanto al análisis correlacional, se destaca la asociación de tipo negativa entre las habilidades intrapersonales y el burnout. Según los resultados, se observan diferencias significativas en las escalas de consciencia emocional según el sexo ($t=2.68$, $p=.008$); regulación emocional por sector donde laboran los docentes ($F=2.93$, $p=.033$) y por la edad ($F=2.47$, $p=.032$); el agotamiento emocional presenta diferencias significativas de acuerdo con el nivel educativo ($t=-2.11$, $p=.035$); finalmente, la insatisfacción de logro muestra diferencias en las variables de sexo ($t=-4.04$, $p=.000$) y nivel educativo ($t=-$

2.23, $p=.026$). Los resultados referidos ponen de manifiesto que las mujeres poseen mayor habilidad para reconocer y manejar sus emociones, aunque son más propensas para padecer agotamiento; por otra parte, los varones se muestran más insatisfechos con su labor, quizá debido a las condiciones de educación para la competitividad que hayan recibido como formación familiar o cultural. Asimismo, destaca el mayor agotamiento emocional a nivel secundaria.

Cevallos (2019), realizó un estudio descriptivo, prospectivo, analítico, mediante las variables de síndrome de burnout y salud emocional en el personal de enfermería del Centro Clínico Quirúrgico Hospital del Día Jipijapa; investigación que tuvo como población a todo el personal de enfermería, contando con 32 en total. La salud emocional del personal de enfermería que labora en el instituto de seguridad social de Jipijapa de acuerdo a los datos obtenidos por el cuestionario Trait Meta-Mood Scale-24 demuestra que el mayor porcentaje obtenido en las tres dimensiones evaluadas es adecuado, revelando que poseen una óptima atención (53,1%), reconocimiento (56,3%) y capacidad de reparación (71,9%) de sus emociones, lo cual conlleva un buen estado de salud emocional y un porcentaje mínimo en claridad (12,5%) y reparación (3,1%) el personal de enfermería presenta una deficiente salud emocional, que se relacionan con los niveles obtenidos del síndrome de burnout. Analizando los resultados obtenidos de la aplicación del test Maslach Burnout Inventory, demuestra que la mayoría (agotamiento emocional:75%), (realización personal:65,6%) del personal de enfermería del centro Clínico Quirúrgico Hospital del Día de Jipijapa no presentan niveles considerables de burnout, pero existe personal de enfermería con niveles medios en agotamiento emocional (31,9%), despersonalización (46,9%) y realización personal (25%) que están proclives a padecerlo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo se presentan y se relaciona-comparan el síndrome de Burnout y las habilidades sociales en el personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir los niveles del síndrome de Burnout y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.
2. Describir los niveles de las habilidades sociales y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.
3. Determinar la diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.
4. Determinar la diferencia de promedios de las habilidades sociales en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.
5. Determinar cuál es la relación que se presenta entre las habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.

1.4. Justificación

Justificación teórica: En la actualidad las investigaciones que existen sobre el Burnout en el personal médico son investigaciones que arrojan resultados bastantes variables y hasta opuestos, determinando que existen ciertos centros con presencia de síndrome de Burnout y otros con ausencia de este. La realización de esta investigación buscaría esclarecer dicho

panorama, así como también servir de material descriptivo para posibles programas a futuro en base a los resultados que se consigan. La presente investigación brinda información importante referente a si el agotamiento profesional, o síndrome de Burnout, está presente en los trabajadores del centro de atención de primer nivel, San Martín de Porres; y si la presencia de este afecta en qué medida a las habilidades sociales para con sus pares y/o pacientes, ya que esta muestra no ha sido analizada anteriormente en estos aspectos.

Justificación práctica: se pone en evidencia cómo ciertas condiciones laborales pueden impedir el desarrollo o puesta en escena de estas habilidades. Por ejemplo, en el ámbito sanitario, se ha visto cómo aquellos médicos con mayor carga asistencial son percibidos por los usuarios con menor capacidad de resolver sus problemas, con menor capacidad de escucha, de transmitir información importante relacionada con su salud y de acoger su sufrimiento. Por tanto, los resultados del trabajo podrán ser útiles para que las autoridades realicen ciertas condiciones organizacionales y laborales, como la sobrecarga, la presión temporal, el estrés de rol, el clima laboral o el estilo de liderazgo a fin de favorecer o impedir la expresión y desarrollo de ciertas habilidades sociales en un determinado puesto de trabajo.

Justificación metodológica: La presente investigación busca aportar en el incremento de bagaje informativo para próximas investigaciones, de tal forma el presente estudio deja evidencia psicométrica, tanto de validez como de confiabilidad de los instrumentos utilizados.

En cuanto a la relevancia social, es importante ya que si bien los establecimientos de salud, que forman parte del MINSA, deben de cumplir con objetivos y metas mensuales, trimestrales, anuales y demás; se ha visto que en muchos de los centros y/o microrredes hay una imagen poco receptiva para con el personal de salud de estos, básicamente por las habilidades sociales que los profesionales de la salud muchas veces manifiestan en su lugar de trabajo, por tanto los resultados beneficiarán a los profesionales de la salud que laboren en dichos centros.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis Conceptual

Por el tipo de investigación no es necesario formular una hipótesis conceptual.

1.5.2. Hipótesis Estadísticas

1.5.2.1. Hipótesis estadística 1(Objetivo específico 3)

Ho: No existe diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un centro de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.

Hi: Existe diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un centro de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.

1.5.2.2. Hipótesis estadística 2(Objetivo específico 4)

Ho: No existe diferencia de promedios de las habilidades sociales en personal atencional de un centro de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.

Hi: Existe diferencia de promedios de las habilidades sociales en personal atencional de un centro de salud de Lima Sur, 2019, según sexo, grupos etarios, tiempo de servicios y grupo ocupacional.

1.5.2.3. Hipótesis estadística 3(Objetivo específico 5)

Ho: Existe relación significativa entre las habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019

Hi: Existe relación significativa entre las habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Síndrome de Burnout*

2.1.1.1. **Conceptualización.**

Para Maslach y Jackson (1981, 1985 y 1986), el Burnout es un síndrome tridimensional, teniendo como componentes en primer lugar al agotamiento emocional, que se conceptualiza como el cansancio y/o fatiga que puede manifestarse de manera física, psíquica o una combinación de ambos. La segunda dimensión se denomina despersonalización, entendida como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas. La ausencia de realización profesional y/o personal sería la tercera dimensión, y surgen cuando las demandas que se les hacen a los trabajadores, sobrepasan su capacidad de resolución de manera competente (Sernaque, 2009).

Maslach y Schaufeli (1993 citado por Martínez 2010) buscaron ampliar el concepto de burnout, planteando diversas definiciones en función de algunas características similares. Entre ellas destacan:

1. En el burnout, predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos; como son el cansancio mental o emocional, la fatiga y depresión; siendo el principal el cansancio emocional.
2. La sintomatología suele manifestarse en personas que no sufren ninguna psicopatología previa.
3. El burnout es clasificado como un síndrome clínico-laboral.
4. Asimismo, se desencadena por una adaptación inadecuada al trabajo, lo que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima. (p. 45).

Existen muchos factores que podrían desencadenar en un síndrome de Burnout. Calvo (2008), sostiene que existen condicionantes de carácter psicológico y también condicionantes sociales. En cuanto a los condicionantes de carácter psicológico se engloban aquellos que ponen a prueba el trabajo inteligente y creativo de los individuos; o sea, la personalidad, el temperamento y carácter de cada uno. Asimismo, el estrés y ansiedad, presentes en muchas actividades profesionales, y las condiciones laborales que propician la aparición de fatiga psíquica, son parte de este tipo de condicionantes.

Por otro lado, los condicionantes sociales pueden encontrarse en el aspecto económico, tales como el desempleo, las dificultades en la contratación laboral y en el mantenimiento del puesto de trabajo, las características propias de determinadas profesiones u oficios, los sistemas de formación e información en el trabajo, la remuneración, etc. Asimismo, deben tenerse en cuenta los aspectos culturales de los condicionantes sociales, entre los que las implicaciones familiares, la religión y el lenguaje podrían ser desencadenantes potenciales de muchas situaciones de conflicto mental.

En el medio laboral podrían señalarse algunos indicadores de salud mental deficiente, o de existencia de patología; por ejemplo, los niveles de absentismo crecientes, las tasas medias y altas de accidentes laborales, los incidentes con daños en los materiales, los problemas para transmitir la información y los conflictos interpersonales crecientes (Calvo 2008).

En la actualidad el síndrome de Burnout es una enfermedad como problemas vinculados con el desgaste profesional, problemas vinculados con obstáculos para enfrentar la vida, la cual llega a indicar la importancia de este padecimiento a nivel mundial. Un resultado al estrés crónico trabajo integrado por sentimientos y actitudes negativos hacia los seres humanos con las personas que labora y hacia el rol profesional particular, tal como la experiencia de encontrarse agotado (Forbes, 2011).

Mencionaban Ilaja y Reyes (2016) que el “El término *Burnout* fue utilizado inicialmente por Freudenberger (1974) para describir al fenómeno caracterizado por cansancio físico, pérdida de motivación, desgaste emocional, resistencia, bajos niveles de tolerancia y compromiso”. (p. 32).

En un principio, el síndrome de burnout se entendía como un estado, en la actualidad se entiende más que nada como un constructo en el que se incluyen diferentes dimensiones. (Nunura 2016).

Se puede conceptualizar al Síndrome de Burnout, por medio de una tríada de dimensiones, que son:

El agotamiento emocional, que traduce el límite de las respuestas normales y constructivas a los retos de cada situación laboral, que, al tratar directamente con personas, se convierten en problemáticas muy condicionadas por la individualidad del demandante de ayuda.

La pérdida de autoestima laboral, con una descendente tolerancia a la frustración y una constatación de la incapacidad de resolver una serie de demandas que, aunque antes no conseguían desbordar la respuesta del profesional, ahora sí comienzan a hacerlo.

Y, por último, la instalación de una actitud despersonalizadora en el trato a quienes demandan ayuda. Al margen de la inefable actitud de algunos usuarios y pacientes que, fuera de problemas mentales, reclaman con malos modos una atención más particular y a su arbitrio que la que fuera posible, el trabajador se siente, en cualquier caso, agredido, invadido y menospreciado; por ello, aunque sea una reacción inadecuada, el trabajador se defiende culpando a los usuarios en su conjunto y tratando de distanciarlos en tanto que potenciales agresores. La mezcla de inseguridad y desmotivación laborales con la percepción negativa del usuario desequilibra la actitud de servicio que suele primar en la atención profesional a las personas. El síndrome de burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial

de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (Pacheco, 2016).

A. Proceso de desarrollo del síndrome de burnout

Para Edelwich y Brodsky, (1980) el desarrollo del síndrome de Burnout se da a lo largo de cuatro etapas:

- a. La primera es el entusiasmo ante el nuevo reto laboral, este está acompañado de altas expectativas y aspiraciones.
- b. El incumplimiento de las expectativas planteadas, genera como consecuencia una sensación de estancamiento, siendo esta la segunda etapa.
- c. La tercera etapa es la de frustración.
- d. La última etapa destaca por la apatía, resultante de la falta de recursos personales para afrontar la frustración en el trabajo. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y, por consiguiente, expresando conductas evitativas y de inhibición ante la actividad profesional.

Para Cherniss (1980) el burnout se da como resultado de una adaptación psicológica entre el sujeto estresado y una labor estresante, donde el principal indicador sería la pérdida de compromiso. El autor describe al burnout como la sucesión de tres fases, siendo las siguientes:

- a. La fase de estrés, donde existe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos propios del individuo, recursos que posee como únicas herramientas para hacer frente a dichos retos.
- b. La segunda fase sería la de agotamiento, donde el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga.
- c. Finalmente, la fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y actitud del individuo, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

B. Modelos teóricos del Síndrome de Burnout

Respecto a las perspectivas teóricas para el estudio del síndrome de burnout, destacan dos, principalmente; estas son la clínica y la psicosocial.

1. Perspectiva clínica. El síndrome de burnout es considerado el resultante de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de la personalidad junto con un elevado estrés en el trabajo, por lo que la aparición del síndrome de burnout se debe a que los trabajadores usan su trabajo como sustituto de su vida social.

2. Perspectiva psicosocial. El síndrome de burnout es una respuesta ante el estrés laboral, teniendo como características la idea de fracaso profesional, agotamiento emocional y actitudes negativas hacia su entorno laboral.

Gil-Monte y Peiró (1997), categoriza esta perspectiva en cuatro teorías, siendo estas la Teoría Sociocognitiva del Yo, la Teoría del Intercambio Social, la Teoría Organizacional y finalmente la Teoría Estructural.

a. **Teoría Sociocognitiva del yo.** Esta teoría plantea que las cogniciones de las personas influyen sobre lo que estas perciben y hacen, a la vez que estas cogniciones están afectadas por sus acciones y por las consecuencias observadas en los otros. Por otra parte, indica que la creencia o el grado de seguridad de un individuo de sus propias capacidades establece el ahínco que el sujeto presentará para alcanzar sus objetivos (Gil-Monte y Peiró, 1999).

b. **Teoría de Intercambio Social.** Esta teoría defiende que el burnout se da cuando los trabajadores perciben que no hay equidad en sus relaciones interpersonales (Ortega y López, 2004), por lo que los sujetos perciben continuamente que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y el esfuerzo que ponen en la tarea

c. **Teoría Organizacional.** Esta teoría defiende que los desencadenantes del burnout son el clima, la estructura y la cultura organizacional, las disfunciones del rol y la falta de salud

organizacional. Atribuye una gran importancia a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento que se usan ante el burnout.

d. **Teoría Estructural.** Esta teoría defiende que en la etiología del burnout influyen antecedentes personales, interpersonales y organizacionales, basándose en los modelos transaccionales que indican que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

C. Dimensiones del Síndrome de Burnout

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach divide el síndrome en tres dimensiones; el nivel de desgaste o cansancio emocional, el nivel de despersonalización y el nivel de sentimiento de falta de realización personal.

a. **El desgaste o cansancio emocional,** se caracteriza por la sensación de un creciente agotamiento en el trabajo, implicando un cansancio emocional por la pérdida de recursos emocionales, energía para trabajar, desmotivación.

b. **En la dimensión de despersonalización,** el objetivo del individuo es protegerse, buscando aislarse de los demás, desarrollando una actitud impersonal, deshumana, cargada de sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia sus relaciones interpersonales. Aquí generalmente se pierde por completo el idealismo inicial de un nuevo trabajo, perdiendo compromiso e interés laboral.

c. Finalmente, **la falta de realización personal,** es una dimensión de autoevaluación. Aquí, el sentimiento de incompetencia aparece cuando las demandas laborales exceden la capacidad resolutoria del individuo; generando insatisfacción hacia sus logros profesionales. Los sentimientos de éxito y productividad pasan a convertirse en ideas de fracaso autoimpuesto, generando en el individuo la pérdida de soporte social y de desarrollo profesional.

D. Características del síndrome de burnout

La progresión del síndrome no es lineal, es más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida. Los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina.

La lista de síntomas psicológicos que pueden originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

a. **Leve.** En el que aparecen el cansancio patológico, quejas vagas, dificultad para levantarse por las mañanas.

b. **Moderado.** Cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo, irritabilidad, fatiga, progresiva pérdida del idealismo inicial.

c. **Grave.** Automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias psicoactivas.

d. **Extremo.** Marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

2.1.2. Habilidades sociales

2.1.2.1. Conceptualización.

Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos a través de la convivencia y experimentación diaria que permite a la persona un desempeño de interacción efectivo (Monjas, 1992).

Las habilidades sociales han sido descritas por Liberman (1995), como conductas interpersonales instrumentales, para mantener y mejorar la independencia y la supervivencia en la comunidad y socioemocionales para establecer, mantener e intensificar las relaciones de apoyo personal.

Es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007).

Moreno-Jiménez, et al. (2014), han distinguido cuatro factores principales en el concepto: astucia social, influencia interpersonal, habilidad en las redes sociales y transmisión de sinceridad y honestidad, el panorama que refleja esta competencia social es mucho más amplio e incluye aspectos como la aceptación y promoción de las diferencias, el desarrollo de la confianza en las relaciones, el cultivo de la influencia, la eficacia social y la flexibilidad de juicio en situaciones particulares. (p. 587).

Las habilidades sociales son importantes porque permiten que las personas asuman roles y normas sociales y les ayuda a relacionarse dentro de sus ambientes (Dongil y Cano, 2014). Verde (2015) refiere a las habilidades sociales como aquellas conductas o comportamientos importantes y determinados para interactuar y relacionarse con el otro de manera eficiente, apropiada y exitosa socialmente, atienden a la capacidad de vincularse adecuadamente con los demás, de modo que un individuo sea apreciado y aceptado socialmente.

A. Dimensiones de las habilidades sociales

Goldstein, et al. (1989), sostienen que hay que tener en cuenta que las Habilidades Sociales están divididas en seis grupos: I, primeras habilidades sociales; II, habilidades sociales avanzadas; III, habilidades relacionadas con los sentimientos; IV, habilidades alternativas a la agresión; V, habilidades para hacer frente al estrés; y VI, habilidades de planificación; grupos que a su vez establecen 50 habilidades específicas, que a continuación se especifican:

Grupo I. Primeras habilidades sociales

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.
4. Formular una pregunta.
5. Dar las «gracias».
6. Presentarse.
7. Presentar a otras personas.
8. Hacer un cumplido.

Grupo II. Habilidades sociales avanzadas

9. Pedir ayuda.
10. Participar.
11. Dar instrucciones.
12. Seguir instrucciones.
13. Disculparse.
14. Convencer a los demás.

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos

15. Conocer los propios sentimientos.
16. Expresar los sentimientos.
17. Comprender los sentimientos de los demás.
18. Enfrentarse con el enfado de otro.
19. Expresar afecto.
20. Resolver el miedo.
21. Autorrecompensarse.

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión

22. Pedir permiso.
23. Compartir algo.
24. Ayudar a los demás.
25. Negociar.
26. Empezar el autocontrol.
27. Defender los propios derechos.
28. Responder a las bromas.
29. Evitar los problemas con los demás.
30. No entrar en peleas.

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés

31. Formular una queja.
32. Responder a una queja.
33. Demostrar deportividad después de un juego.
34. Resolver la vergüenza.
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.
36. Defender a un amigo.
37. Responder a la persuasión.
38. Responder al fracaso.
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
40. Responder a una acusación.
41. Prepararse para una conversación difícil.
42. Hacer frente a las presiones del grupo.

Grupo VI. Habilidades de planificación

43. Tomar decisiones.

44. Discernir sobre la causa de un problema.
45. Establecer un objetivo.
46. Determinar las propias habilidades.
47. Recoger información.
48. Resolver los problemas según su importancia.
49. Tomar una decisión.
50. Concentrarse en una tarea.

Sacks (1992), desde el enfoque molar del proceso o de sistemas, es posible distinguir siete componentes:

1. Percepción de otras personas: Habilidad para responder de forma eficaz a las necesidades y deseos de los demás.

2. Ponerse en lugar del otro: Habilidad no solo de reconocer los sentimientos del otro, sino también de comprender lo que la otra persona está pensando o sintiendo.

3. Acompañamiento no verbal del discurso: Consistente en utilizar durante la interacción una combinación de conductas verbales y no verbales para lograr un acercamiento y una orientación apropiados.

4. Refuerzo: Habilidad para reforzar el comportamiento social del otro o para iniciar la interacción a través de la sonrisa o del movimiento de la cabeza, por ejemplo.

5. Autopresentación: Habilidad para enviar a la otra persona pistas sobre la propia identidad, rol, estatus, etc.

6. Situaciones y sus reglas: Es la capacidad para comprender el significado completo de un conjunto dado de reglas que estructuran el encuentro concreto.

7. Secuencias de interacciones: Habilidad para organizar una serie de conductas verbales y no verbales en un orden concreto para obtener resultados positivos.

Gismero (2006), indica que las habilidades sociales están divididas en 6 áreas y son las siguientes: Defensa de los propios derechos como cliente y la máxima puntuación demuestra palabras de comportamientos asertivos para la defensa del cliente. Expresión de disconformidad o enfado; habilidades de expresar los sentimientos de enojo justificado hacia otras personas. Decir no y cortar interrelaciones demuestra la suficiencia para reducir interacciones que no se requiere mantener. Iniciar intercomunicaciones positivas con el sexo opuesto la medida que define la dimensión para relacionarse con el sexo opuesto. Hacer petición; este elemento descubre la expresión de hacer una petición de algo que se quiere a otras personas. Auto expresión de situaciones sociales; es la que demuestra las habilidades de manifestarse por uno mismo de una forma natural.

B. Las Emociones en las habilidades sociales organizacionales

La empatía por su parte es una habilidad interpersonal que consiste en ser conscientes y entender cómo se sienten otras personas, ser capaces de atender a su perspectiva, notar e incluso anticiparse a sus necesidades y también reconocer sus habilidades (Goleman, 1998).

Algunos autores consideran esta habilidad de identificar o leer los estados emocionales en los demás como parte de una habilidad social más amplia que han llamado “percepción social” y que han identificado como una de las cuatro habilidades más importantes para el éxito de la organización, entre otras cosas destacando precisamente la negociación y la toma de decisiones (Baron y Markman, 2000).

Además de la autorregulación emocional, la habilidad de regular las emociones de otros también es importante. Ser capaz de entusiasmar a otros o hacerles sentir cierto temor a modo de precaución o cautela es una habilidad de influencia social muy importante (George, 2000; Wasielewski, 1985).

Empatía y regulación emocional se han asociado con una mayor cooperación entre compañeros (Kerber y Buono, 2005), con habilidades relacionadas con el pensamiento crítico y con mejores tomas de decisiones (Ladd y Chan, 2004; Rahim y Minors, 2003).

La regulación emocional parece ser una habilidad clave en este proceso. La regulación emocional, aunque se entiende como una habilidad intraindividual, afecta a las relaciones interpersonales pues las personas que presentan una buena regulación emocional son capaces de mantener sus emociones e impulsos bajo control, permanecen calmadas en situaciones estresantes y mantienen la compostura cuando otras personas emocionalmente exaltadas no son capaces de hacerlo (Khalili, 2012).

Empatía y regulación emocional se consideran elementos de la llamada inteligencia emocional (IE) (Bar-On, 2000; Mayer y Salovey, 1997; Goleman, 1998), con un papel importante en las organizaciones y relacionada directamente con el desempeño, el éxito laboral, las relaciones interpersonales y la salud ocupacional (Augusto-Landa, Zafra, Martos y Martos, 2012).

C. Modelos conceptuales de habilidades sociales

2.2.4.1. Modelo interactivo (McFall y Twentyman, 1982). Aquí se destacan, como variables importantes para producir la conducta, las variables ambientales, las características personales (no referidas a rasgos de personalidad) y las interacciones entre ellas. Según Caballo (1993), el modelo de McFall plantea que una respuesta socialmente habilidosa será el resultado final de una cadena de conductas que:

A. Comenzaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes (Decodificación). En esta fase es necesaria la recepción de la información a través de los sentidos de los órganos, la identificación de los rasgos relevantes de la situación, y la interpretación de acuerdo con el conocimiento y la experiencia previa.

B. Le seguiría el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar posibles opciones de respuesta a fin de seleccionar la mejor (toma de decisiones). Implica transformar la información y utilizar reglas concretas que asocian determinadas conductas con circunstancias específicas (adquiridas por la experiencia y almacenadas en la memoria).

2.2.4.2. Modelo de los rasgos (Van Hasselt et al., 1985). Desde este modelo se podría asumir que los comportamientos pasivos o antisociales son simplemente parte de la personalidad, y ninguna actuación puede favorecer cambios. Actualmente el modelo apenas se utiliza, pues no dispone de una base empírica que lo apoye.

2.2.4.3. Modelo molecular o centrado en los componentes. Las habilidades sociales son unidades observables de comportamientos verbales y no verbales aprendidos que, combinados, producen interacciones exitosas en situaciones específicas (Hersen y Bellack, 1977, McFall, y Twentyman 1982). Las personas utilizan estas habilidades en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente (Kelly, 1982 y Michelson, 1983).

2.2.4.4. Modelo molar del proceso o de sistemas. Centrado en el proceso, se asume que las habilidades sociales son los componentes de acciones específicas (como mirar, sonreír...) o secuencias de comportamientos que crean encuentros concretos (como los saludos) que están regulados (Argyle, 1981)

2.2.5. Características de la persona con habilidades sociales

Gumpel (1994), una persona socialmente competente se caracteriza por:

1. Utilizar de forma apropiada los comportamientos observables para crear respuestas apropiadas a estímulos externos.

2. Incrementar, en una situación particular y mediante un comportamiento observable, las posibilidades de recibir refuerzos mientras reducen el riesgo de obtener consecuencias negativas del ambiente.

3. Si la situación particular se repitiese, poner en marcha comportamientos observables y no observables que tengan mayores probabilidades de ser considerados habilidosos.

2.2.6. Características de las habilidades sociales

Según Monjas (1992), Caballo (1993):

1. Son conductas y repertorios de conducta adquiridos a través del aprendizaje:

No son rasgos de personalidad, se adquieren a través del aprendizaje y, por tanto, se pueden cambiar, enseñar o mejorar mediante los mecanismos del aprendizaje.

2. Constituyen habilidades que se ponen en marcha en contextos interpersonales, esto es, requieren que se produzca una interacción. No incluyen otras habilidades de adaptación social como las habilidades de autocuidado (lavarse, vestirse), de vida en el hogar (limpiar, planchar, cocinar) o de vida en la comunidad (orientación, desplazarse, utilizar el transporte), sino que, al igual que éstas, constituyen una de las áreas del comportamiento adaptativo. Sin embargo, es habitual encontrar manuales de entrenamiento en habilidades sociales que incluyen habilidades como vestirse, preparar alimentos u orientarse en el espacio, que, si bien son habilidades de adaptación social relacionadas, no son estrictamente habilidades sociales.

3. Son, por tanto, recíprocas y dependientes de la conducta de las otras personas que se encuentren en el contexto. Por ello, requieren la puesta en marcha de habilidades de iniciación y de respuestas interdependientes dentro de una reciprocidad e influencia mutuas. Así, la persona se ve influida por los demás y también influye sobre los otros para que modifiquen sus conductas.

4. Contienen componentes manifiestos observables, verbales(preguntas, autoafirmaciones, alabanzas, peticiones) y no verbales(mirada, gestos, sonrisa, orientación, expresión facial, expresión corporal, distancia-proximidad), y otros componentes cognitivos y emocionales(conocimiento social, capacidad de ponerse en el lugar de otras personas, capacidad de solucionar problemas sociales, constructos personales, expectativas, planes y sistemas de autorregulación) y fisiológicos (tasa cardíaca, respiración, presión sanguínea, respuestas electrodermales). La habilidad social es lo que la persona dice, hace, piensa y siente.

5. Aumentan el refuerzo social y la satisfacción mutua. Disponer y manifestar un repertorio adecuado de habilidades sociales hace que la persona obtenga más refuerzo de su ambiente, y permite también que la interacción proporcione satisfacción a quienes forman parte de esta.

6. Las habilidades sociales son específicas de la situación. Ninguna conducta en sí misma es o no socialmente habilidosa, sino que depende del contexto, de la situación y de sus reglas, de las personas con las que se interactúa, del sexo, de la edad, de los sentimientos de los otros, etc. Por ello, para que una conducta sea socialmente hábil, es necesario que la persona, además de motivación o metas sociales, tenga capacidad de percibir la información básica de dicho contexto o situación (percepción de indicadores verbales y no verbales, ambiente físico). Debe también ser capaz de procesar esa información en base a la experiencia, la observación, el aprendizaje y la maduración (interpretación de reglas de la situación, de los sentimientos y los deseos de los demás). Asimismo, ha de actuar sobre ella poniendo en acción secuencias adecuadamente ordenadas de conductas verbales y no verbales apropiadas. Por último, ha de evaluar, controlar y regular su conducta a través del feedback externo (verbal y no verbal) y de la evaluación interna (cogniciones, emociones).

7. Es importante la existencia de metas, propósitos o motivación social para desarrollar un adecuado repertorio de habilidades sociales.

2.2.7. Habilidades sociales para las organizaciones saludables y la salud organizacional.

Un factor competitivo de las mismas empresas relacionado con su capacidad para modificar los aspectos disfuncionales de la misma, su capacidad de desarrollo y su competencia para alcanzar nuevos objetivos en un contexto competitivo. Es el resultado del funcionamiento de la organización como si fuera un organismo capaz de autorregularse y mejorarse, de adaptarse a entornos competitivos cambiantes, lo que no puede alcanzarse sin una serie de habilidades y competencias sociales, individuales, grupales y por último organizacionales (Newell, 2003).

El requerimiento en una economía sostenible que genere empleo, productividad y desarrollo a partir de organizaciones saludables. supone pasar por el desarrollo de un amplio abanico de habilidades y competencias sociales e interpersonales que fomenten la flexibilidad adaptativa, la eficiencia corporativa y el bienestar subjetivo y psicológico de los trabajadores (Moreno-Jiménez, Garrosa y Rodríguez-Carvajal, 2013).

La salud organizacional es una de las fronteras y desafíos que tienen las organizaciones actuales (Keller y Price, 2013).

Moreno-Jiménez, et al. (2014, p. 587), definen como “organizaciones saludables a aquellas que mantienen la sinergia entre el desarrollo organizacional y el desarrollo de los trabajadores, su bienestar y su salud”.

2.2.8. Las habilidades sociales eje del trabajo en conjunto, grupo o equipo

Los trabajadores necesitan ser capaces de comunicarse con otros, escuchar e influenciar a los demás (Mohrman y Cohen, 1995).

Hoy en día, el estudio de cómo las habilidades sociales afectan a la formación y vida de los equipos de trabajo, así como a su rendimiento, es fundamental, porque la mayor parte de

trabajos en la actualidad se sustentan en la interacción con otras personas (Hogan y Shelton, 1998).

La perspicacia social se entiende como una habilidad para interpretar con agudeza las dinámicas que se producen en los grupos y en la interacción con otras personas. Las personas con esta perspicacia social utilizan correctamente sus percepciones para hacer seguimiento a su conducta de cara a conseguir sus objetivos, sabiendo cuando deben actuar o cuando deben mantenerse al margen. Este tipo de habilidad es especialmente relevante en contextos laborales (Barrick, et al. 1998). La versatilidad se refiere a la manera en la que una persona puede dar respuestas asertivas u orientadas más bien hacia los otros en una amplia variedad de situaciones, de manera apropiada y eficaz. Un trabajador versátil es capaz de adaptarse a diferentes contextos y muestra mayor flexibilidad en su comunicación dentro del grupo. (McCroskey y Richmond, 1996).

Además de las habilidades comunicativas, otras habilidades sociales como son la persuasión, la negociación, la coordinación, la cooperación, la perspicacia social y saber pedir y proporcionar ayuda, cobran especial relevancia dentro de las dinámicas grupales (Mumford, et al., 1999).

Todas esas habilidades reflejan la capacidad para ajustar la conducta a las diferentes demandas situacionales que pueden derivarse del trabajo conjunto e influenciar y controlar la respuesta de los otros (Ferris, et al., 2001). No es extraño por ello que constituyan un centro especial de atención en la selección del personal de las organizaciones y empresas (Huffcutt, et al, 2001).

La cooperación dentro de los equipos puede verse facilitada a través de ciertas conductas que muestren esa competencia social. Al respecto, un uso del lenguaje descriptivo y no evaluativo cuando nos referimos a la conducta del otro, un enfoque centrado en la búsqueda de solución a los problemas frente a la adjudicación de responsabilidades, ser espontáneo y

honesto en vez de actuar con estrategias múltiples poco claras o ambiguas, transmitir empatía en las relaciones y comunicar las ideas como perspectivas propias y no como dogmas que transmitan que no se necesita la ayuda de nadie para conocer algo o resolver una tarea, pueden ser de gran ayuda (Furnham, 2006).

La habilidad para cooperar con los miembros del equipo es una habilidad social básica para interactuar eficazmente. La cooperación se refiere a la contribución voluntaria por parte de los miembros de un equipo en la realización de tareas que requieren la interdependencia entre sus miembros (Gil, et al., 2008).

Referían Moreno-Jiménez, et al. (2014), que, en el día a día de las organizaciones, y entre equipos de trabajo, también se producen conflictos y negociaciones donde las habilidades sociales de sus miembros van a ser clave para su solución. A este respecto, las habilidades para contactar inicialmente con las personas implicadas, reducir la tensión, establecer una buena relación entre las partes, exponer con claridad el problema, generar alternativas de manera fluida, escuchar activamente la otra parte, o formular críticas de forma positiva y constructiva pueden ser importantes en este tipo de procesos. Un trabajador que es buen negociador es un trabajador que tiene habilidades sociales. Por ello se habla de “las personalidades negociadoras” para referirse a aquellas personas que cuentan con habilidades comunicativas y sociales como la escucha activa, una correcta articulación del lenguaje, la empatía, el asertividad, el autocontrol o la capacidad de persuadir al otro y que además saben argumentar y razonar sus propuestas con seguridad y convicción. (p. 590).

2.2.9. Habilidades sociales para la toma de decisiones en equipos de trabajo

La habilidad para manejar las propias relaciones en el proceso de toma de decisiones (p. ej., tendencia a querer tener razón, a dar más importancia a la aportación personal que a las contribuciones del grupo, a tener miedo a dar opinión o a contradecir) así como la habilidad

para resolver conflictos que se han presentado son elementos decisivos en la toma final de posturas que impactan en el ambiente de trabajo y en la misma toma de decisiones en sí, determinando el éxito o fracaso del propio equipo de trabajo (Tarricone y Luca, 2002).

Para Moreno-Jiménez, et al. (2014, p. 591), La toma de decisiones de grupo y organizacional es una relación compleja que supone no sólo el proceso analítico y racional de la información correspondiente, sino un activo intercambio de ideas, opciones y actitudes que implican la interacción, la modificación, el intercambio y el flujo de las propias posiciones personales, lo que supone el ejercicio activo de una gama compleja de habilidades sociales de todo tipo. La interacción dinámica de las competencias y habilidades sociales del grupo, más que su capacidad del análisis lógico es el factor determinante del resultado de la toma de decisiones.

2.2.10. Riesgos psicosociales y habilidades sociales

Las variables organizacionales son el principal factor de los riesgos laborales psicosociales, es un dato importante atender a la vulnerabilidad interindividual (Niedl, 1995).

Richardson, Hammock, Smith y Gardner (1994), sostienen que otro dato que parece importante es el efecto de la empatía sobre la agresión. Ante una situación estresante como es el acoso, las personas que muestran empatía pueden reevaluar las situaciones y buscar soluciones a las mismas que estén lejos de buscar agredir a otro en un futuro. La empatía permite tener en consideración los sentimientos de los demás y conlleva una capacidad para ponerse en el lugar del otro.

Los riesgos psicosociales laborales son hechos, situaciones o estados del organismo que aparecen como consecuencia de una determinada organización del trabajo y que tienen una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores de forma considerable. En las organizaciones

actuales gran parte de estos riesgos provienen de las relaciones interpersonales. En este contexto las habilidades sociales tienen un papel clave. (Moreno-Jiménez y Báez-León, 2010).

Cuando hablamos de riesgos psicosociales nos referimos a fenómenos que cada día están más presentes en las organizaciones del siglo XXI. El estrés laboral, el acoso y agresión laboral, el desgaste profesional (burnout), el conflicto familia, trabajo y el trabajo emocional, son sólo algunos de ellos (Moreno-Jiménez y Báez-León, 2010).

Otro riesgo psicosocial importante donde las relaciones con los otros y la habilidad para manejarnos con ellas entran a formar parte, tanto en la explicación de sus causas como de sus consecuencias, es el desgaste profesional (burnout) (Maslach y Jackson, 1981). El desgaste profesional se encuentra especialmente presente en las profesiones asistenciales y en las que se prestan servicios directamente a las personas, como, por ejemplo, medicina, enfermería, psicología o las profesiones de emergencias (Maslach y Jackson, 1981). Algunos autores coinciden en señalar que un entrenamiento en habilidades sociales entre estos profesionales podría ser positivo para prevenir la aparición del desgaste profesional (Gil-Monte, et al., 2005; Maslach, et al., 2001; Salazar, et al., 2014). Habilidades como el asertividad pueden ayudar a los profesionales a no sentirse sobrecargados física y emocionalmente, mientras que una comunicación positiva con los usuarios y compañeros puede ayudarles a mantener un clima laboral más positivo que impida el desarrollo de conductas cínicas hacia estos.

Las profesiones asistenciales, junto con los profesionales del sector servicios, entre otros, suelen estar sometidos a contextos laborales interactivos con clientes, usuarios o pacientes que intensifican la respuesta emocional. Como tal constituye un riesgo laboral psicosocial emergente (Moreno-Jiménez y Baéz-León, 2010).

Las habilidades como mantener la calma ante situaciones negativas provocadas por los clientes o usuarios de los servicios, mostrar empatía, ser asertivo, buscar soluciones que satisfagan las necesidades del usuario y manejarse ante situaciones difíciles pueden ser

habilidades útiles en estas profesiones (D'Cruz y Noroha, 2008). Ante el trabajo emocional y sus consecuencias, la presencia de habilidades sociales entre los trabajadores les va a ayudar a usar las experiencias laborales y su competencia para controlar las relaciones de servicio, para preservar su dignidad y para desempeñar un rol activo en su puesto de trabajo (Marcoux y Guihur, 2012).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Desde el punto de vista metodológico la investigación es cuantitativa, de tipo descriptiva - analítica. Hernández (2010) afirma " los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es analítica, que es un procedimiento más complejo con respecto a la investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación y relación de variables entre grupos de estudio, sin aplicar o manipular las variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los grupos. Además, se refiere a la proposición de hipótesis que el investigador trata de probar o negar (Canales et al., 1994, p. 27).

Por el tipo de investigación el diseño es de tipo No Experimental, porque de acuerdo con Kerlinger (2004), se afirma que "la investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de la variables dependientes e independientes". También se le denomina que el diseño es Ex post facto, porque las variables a investigar en la muestra ya están presentes y sólo se describen y no se manipulan. (Kerlinger, 2004).

Por el tipo de obtención de datos, la investigación es transversal, dado que la obtención de los datos se obtuvo en un solo momento, a diferencia de la investigación longitudinal que es sometido a varias evaluaciones a través del tiempo.

3.2. **Ámbito temporal y espacial**

La presente investigación se desarrolló durante los meses de enero - marzo del 2019. en el Centro de Salud San Martín de Porres del distrito de Villa El Salvador.

3.3. **Variables**

3.3.1. *Variables*

- a) Síndrome de Burnout
- b) Habilidades sociales

3.3.2. *Variables de control: o de comparación*

1. Sexo: Masculino – Femenino; **2. Grupos Etarios (edades):** 20 – 29 años; 30 – 39 años; 40 – 49 años; 50 – 60 años; > de 60 años; **3. Años de servicios:** < 5; 6 – 10; 11 – 15; 16 – 20 años, 21 años a más; **4. Condición laboral:** estable – contratado; **5. Ocupación laboral:** personal Técnicos (enfermería, archivos, farmacia, laboratorio, admisión); personal de Enfermería, personal profesional (médicos, odontólogos, farmacéutico, químicos, administrador, trabajador social, psicólogo

3.3.3. *Definición operacional de la variable de investigación*

Estuvo dada por el puntaje total y niveles obtenidos (mediante la aplicación de la escala – completar) en las escalas de obtención de los datos tal como se describen en el rubro 3.5 Instrumentos.

3.3.4. *Operacionalización de las variables*

Tabla 1

Operacionalización de las variables

| Variable | Dimensiones | Indicadores (N° de ítems por dimensión) | Tipo de medida | Instrumento |
|----------|-------------|---|----------------|-------------|
|----------|-------------|---|----------------|-------------|

| | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|
| Síndrome de Burnout | Agotamiento emocional | 1, 2, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 20 | Escala total: nominal | |
| | Despersonalización | 5, 10, 11, 15, 22 | Puntajes totales por cada dimensión, ordinal. | Maslach Burnout Inventory (MBI) |
| | Realización personal | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 | Niveles diagnósticos de cada dimensión: Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto | |
| Habilidades sociales | Agotamiento - despersonalización | 1, 2, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 20 5, 10, 11, 15, 22 | Escala total: ordinal | |
| | Primeras Habilidades Sociales. | 1,2,3,4,5,6,7,8 | Puntajes totales por cada dimensión. | Lista de chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein (1978) |
| | Habilidades Sociales Avanzadas. | 9,10,11,12,13,14 | Niveles diagnósticos de cada dimensión: Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto | |
| | Habilidades relacionadas con los sentimientos | 15,16,17,18,19,20,21 | | |
| | Habilidades alternativas a la agresión | 22,23,24,25,26,27,28,29,30 | | |
| | Habilidades sociales frente al estrés | 31,32,33,34,35,36,37,38,39 40,41,42 | | |
| | Habilidades sociales de planificación. | 43,44,45,46,47,48,49,50 | | |

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo constituida por 118 trabajadores del Centro de Salud San Martín de Porres, en condición de nombrados, contratados, terceros, serumnistas e internistas de ambos sexos que laboran de manera asistencial.

3.4.2. Muestra

Se pretendió que la totalidad de la población sea la muestra por utilizar, es decir, un muestreo censal no probabilístico. Hernández, et al. (2006), mencionan que el muestreo censal no probabilístico, es la investigación generalizada o globalizada de la población a estudiar, siendo un caso representativo para la investigación. Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 118 trabajadores.

3.4.3. Características de la muestra

En la tabla 2 por sexo, el 46.6% de la muestra pertenecen al sexo masculino y el 53.4% de la muestra pertenecen al sexo femenino. Por grupos etarios, el 24.6% de la muestra está en un rango de 20 – 29 años; el 16.1% de la muestra está en un rango de 30 – 39 años; el 42.4% de la muestra está en un rango de 40 – 49 años y el 10.2% de la muestra está en un rango de 51 -60 años; el 6.8% de la muestra está en un rango de 61 años a más. **En** tiempo de servicios, el 20.3% de la muestra tiene menos de 5 años de tiempo de servicios; el 15.3% de la muestra tienen entre 6 – 10 años de tiempo de servicios; el 20.3% de la muestra tienen entre 11 a 15 años de tiempo de servicios; el 29.7% de la muestra tienen entre 16 – 20 años de tiempo de servicios; 14.4%de la muestra tienen más de 21 años de tiempo de servicios. Por grupo ocupacional, el 47.5% de la muestra pertenecen al grupo ocupacional personal técnico; el 30.5% de la muestra pertenecen al grupo ocupacional personal de enfermería y el 22% de la muestra pertenecen al grupo ocupacional personal profesional (médicos, entre otros).

Tabla 2

Distribución de la muestra

| | | f | % |
|------|-----------|----|------|
| Sexo | Masculino | 55 | 46,6 |
| | Femenino | 63 | 53,4 |

| | | | |
|-------------------------|----------------------|-----|-------|
| grupos etarios | 20 - 29 años | 29 | 24,6 |
| | 30 - 39 años | 19 | 16,1 |
| | 40 - 49 años | 50 | 42,4 |
| | 50 - 59 años | 12 | 10,2 |
| | 60 años a mas | 8 | 6,8 |
| tiempo de servicios. | >de 5 años | 24 | 20,3 |
| | 6 - 10 años | 18 | 15,3 |
| | 11 - 15 años | 24 | 20,3 |
| | 16 - 20 años | 35 | 29,7 |
| | Mas de 21 años | 17 | 14,4 |
| ocupación laboral | Personal técnico | 56 | 47,5 |
| | Personal de | 36 | 30,5 |
| | Personal profesional | 26 | 22,0 |
| | Total | 118 | 100,0 |

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) – HS

El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) – HS, que fue creado por Maslach y Jackson en 1981 con el objetivo de diferenciar y diferenciar tres dimensiones, que son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los puntajes son de tipo Likert y evalúan la frecuencia con que se presentan los ítems que van desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Es necesario destacar que este cuestionario no brinda un puntaje global, sin embargo, es necesario tener puntaje alto en dos de las tres dimensiones, para dar positivo al síndrome de Burnout. La adaptación de este cuestionario fue realizada por Llaja et al. en el 2007, a fin de evaluar la incidencia de Burnout en la población peruana (Nunura 2016).

La escala de Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

- *Subescala de agotamiento emocional*: Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

- *Subescala de despersonalización*: Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- *Subescala de realización personal*: Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización *personal* en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20; Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22; Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al mes o menos; 3 = Unas pocas veces al mes o menos; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = Todos los días

Calificación y Niveles diagnósticos: Se suman los puntajes obtenidos en cada ítem, de esta forma, el patrón de puntuaciones iguales o superiores a 25 en cansancio emocional y a 9 en despersonalización, junto a las iguales o inferiores a 35 en realización personal, es indicativo de alto *burnout*. El resto de las combinaciones de puntuaciones que no cumplan con alguno de los tres niveles de ese patrón, son indicativas de que el sujeto no padece con claridad el síndrome. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Respecto a las observaciones en la adaptación a este inventario, si bien la mayoría de las frases expresadas en los ítems se mantuvieron similares a la versión española original, fue en el ítem 8 donde se realiza una modificación meramente semántica, puesto que donde dice “Me siento Quemado por mi trabajo”, en la versión adaptada se modificó a “Me siento exhausto por mi trabajo” (Llaja, et al, 2007).

Llaja et al. (como se citó en Pacheco, 2016) realizaron la adaptación en nuestro país con una muestra de 313 participantes, entre médicos y enfermeras del Departamento de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Padomi, Neurología y Epidemiología de un hospital de Lima. Se

realizó la confiabilidad del instrumento a través del método de consistencia interna y se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach. La dimensión Agotamiento Emocional obtuvo una correlación de 0.80, la dimensión de Despersonalización; 0.47 y la dimensión Realización Profesional; 0.73. Llaja (2007) decidió crear niveles adicionales. La aparición de un síntoma significaría Riesgo, dos síntomas corresponden a Tendencia y tres síntomas Diagnosticarían el síndrome.

Tabla 3

Ítems para cada dimensión.

| Dimensión | Ítem |
|-----------------------|----------------------------------|
| Agotamiento emocional | 1, 2, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 20 |
| Despersonalización | 5, 10, 11, 15, 22 |
| Realización personal | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 |

Análisis psicométrico del *Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) – HS:*

a. Validez del inventario de Burnout.

Para el análisis de los resultados se utilizó la validez de constructo por el método de análisis de ítems. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo, se verifica que el instrumento mida lo que dice medir.

Tabla 4*Análisis de ítems del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) – HS*

| | Ítems | rho | nse |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| dimensión agotamiento emocional | A1 | 0.264 | 0.002 |
| | A2 | 0.398 | 0.000 |
| | A3 | 0.387 | 0.000 |
| | A6 | 0.455 | 0.000 |
| | A8 | 0.707 | 0.000 |
| | A13 | 0.616 | 0.000 |
| | A14 | 0.31 | 0.000 |
| | A16 | 0.631 | 0.000 |
| dimensión despersonalización | A20 | 0.408 | 0.000 |
| | De5 | 0.24 | 0.000 |
| | De10 | 0.457 | 0.000 |
| | De11 | 0.505 | 0.000 |
| | De15 | 0.623 | 0.000 |
| dimensión realización | De22 | 0.683 | 0.000 |
| | Rp4 | 0.731 | 0.000 |
| | Rp7 | 0.649 | 0.000 |
| | Rp9 | 0.875 | 0.000 |
| | Rp12 | 0.78 | 0.000 |
| | Rp17 | 0.561 | 0.000 |
| | Rp18 | 0.809 | 0.000 |
| Rp19 | 0.638 | 0.000 | |
| | Rp21 | 0.827 | 0.000 |

Como se puede observar en la Tabla 4, los Coeficientes de Correlación de Spearman (rho) que están en rango de **baja correlación (0.20 – 0.40)** y su nivel de significancia estadística muy alta ($p < 0.001$). **Moderada correlación (0.401 – 0.60)** y su nivel de significancia estadística muy alta ($p < 0.001$). **Alta correlación (0.601 – 80)** y su nivel de significancia estadística muy alta ($p < 0.001$). Estos valores confirman que los ítems de la dimensión agotamiento emocional del inventario de burnout presenta validez de constructo, dado que existe una fuerte correspondencia entre cada ítem con el valor del constructo (dimensión).

b. Confiabilidad del inventario de Burnout.

En la tabla 5 se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alpha de Cronbach, donde se establece que para las dimensiones

cansancio emocional – despersonalización, sus estimaciones Alpha encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.788.

Tabla 5

Estimaciones de confiabilidad cansancio emocional - despersonalización

| Estadísticos de fiabilidad: Alfa de Cronbach | | N de elementos | | |
|--|--|---|--------------------------------------|--|
| 0,788 | | 14 | | |
| Estadísticos total-elemento | | | | |
| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
| ad1 | 28,60 | 128,054 | ,221 | ,781 |
| ad2 | 28,32 | 130,801 | ,077 | ,796 |
| ad3 | 28,95 | 125,946 | ,185 | ,786 |
| ad5 | 30,45 | 125,070 | ,265 | ,777 |
| ad6 | 28,84 | 119,316 | ,269 | ,777 |
| ad8 | 29,09 | 116,940 | ,433 | ,756 |
| ad10 | 29,86 | 122,939 | ,246 | ,779 |
| ad11 | 29,10 | 114,810 | ,348 | ,765 |
| ad13 | 29,61 | 113,915 | ,438 | ,752 |
| ad14 | 28,57 | 122,179 | ,244 | ,780 |
| ad15 | 29,17 | 117,253 | ,295 | ,773 |
| ad16 | 28,72 | 104,562 | ,591 | ,725 |
| ad20 | 28,17 | 119,014 | ,276 | ,776 |
| ad21 | 29,07 | 118,354 | ,317 | ,770 |
| Estadísticos de la escala | | | | |
| Media | Varianza | Desviación típica | N de elementos | |
| 31,27 | 135,840 | 11,655 | 14 | |

En la tabla 6 se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alpha de Cronbach, donde se establece que para la dimensión realización personal, sus estimaciones Alpha encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención

de datos. Por lo tanto, es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.934.

Tabla 6

Estimaciones de confiabilidad realización personal

| Estadísticos de fiabilidad: Alfa de Cronbach | | N de elementos | | |
|--|--|---|--|--|
| 0,934 | | 8 | | |
| Estadísticos total-elemento | | | | |
| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
| rp4 | 18,47 | 149,209 | ,798 | ,923 |
| rp7 | 19,05 | 153,006 | ,734 | ,928 |
| rp9 | 19,03 | 142,854 | ,868 | ,918 |
| rp12 | 18,67 | 149,146 | ,775 | ,925 |
| rp17 | 18,61 | 151,830 | ,681 | ,932 |
| rp18 | 18,63 | 141,484 | ,891 | ,916 |
| rp19 | 19,32 | 159,639 | ,580 | ,938 |
| rp21 | 18,95 | 143,143 | ,832 | ,921 |
| Estadísticos de la escala | | | | |
| | Media | Varianza | Desviación típica | N de elementos |
| | 21,53 | 192,524 | 13,875 | 8 |

3.5.2 *Lista de chequeo de Habilidades sociales*

El instrumento que se utilizará en este proyecto de investigación es la Lista de chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, que fue diseñada y elaborada por Arnold Goldstein en Nueva York, Estados Unidos en 1978 y fue traducida inicialmente por Rosa Vásquez en 1983, posteriormente la versión final fue traducida, adaptada, validada y estandarizada en nuestro medio por Ambrosio Tomás Rojas en 1994. Esta escala está compuesta de 50 ítems, agrupados en 6 áreas: primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades sociales frente al estrés y habilidades sociales de planificación.

Tomás (como se citó en Hurtado, 2018) al realizar el análisis de ítems de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales, halló correlaciones significativas ($p < 05$, 01 y 001), quedando el instrumento intacto, es decir, con todos sus ítems completos, ya que no hubo

necesidad de eliminar alguno; por lo que en el presente proyecto se utilizará bajo los mismos criterios.

Tabla 7

Ítems de las dimensiones de las habilidades sociales

| Variables | Dimensiones | N.º de Ítems | Indicadores | Niveles |
|----------------------|---|--------------|-------------------------------------|--|
| Habilidades Sociales | Primeras Habilidades Sociales | 8 | 1,2,3,4,5,6,7,8 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |
| | Habilidades Sociales Avanzadas | 6 | 9,10,11,12,13,14 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |
| | Habilidades relacionadas con los sentimientos | 7 | 15,16,17,18,19,20,21 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |
| | Habilidades alternativas a la agresión | 9 | 22,23,24,25,26,27,28,29,30 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |
| | Habilidades sociales frente al estrés | 12 | 31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |
| | Habilidades sociales de planificación | 8 | 43,44,45,46,47,48,49,50 | Muy bajo nivel Bajo nivel Moderado nivel Alto nivel Muy alto nivel |

Para efectos de la investigación se consideró en la calificación que la alternativa NUNCA tenga el valor 0, A Veces (1), Regularmente (2), casi siempre (3) y Siempre (4). En tal sentido, el puntaje mínimo que se alcance en esta escala es de 0 y el puntaje máximo probable alcanzado es de 200. Para el presente trabajo se ha tomado el aporte realizado por

Contreras P. (2006), donde considera que NUNCA significa que el encuestado no posee la conducta evaluada, por lo tanto, debe valer para efectos estadísticos 0 y no 1 (1 significa que el sujeto posee la conducta y esto estaría en contradicción conceptual con la alternativa Nunca). A diferencia del trabajo que realizó Ambrosio T., en 1995 quien consideró a la alternativa NUNCA con el valor 1 y así progresivamente la alternativa S alcanzaba el valor 5, por lo tanto, de acuerdo con estos criterios el puntaje mínimo es 50 y el puntaje máximo es de 250.

Los niveles diagnósticos se establecieron para esta investigación por quintiles tanto para la escala general como para cada una de sus dimensiones o componentes y son los siguientes: Nunca (0); rara vez (1) a veces (2); regularmente (3); casi siempre (4); siempre (5); Puntaje mínimo = 0 (50 ítems X 4 = 0); Puntaje máximo (50 ítems X 5 = 250), de acuerdo a lo cual, se establecen los siguientes niveles: Nivel muy bajo desarrollo en habilidades sociales (0 – 50); Nivel bajo en habilidades sociales (51 – 100); Nivel de moderado desarrollo en habilidades sociales (101 – 150); Nivel de alto desarrollo en habilidades sociales (151 – 200); Nivel muy alto desarrollo en habilidades sociales (201 – 250).

a. Validez de la Lista de chequeo de habilidades sociales.

Para el análisis de los resultados se utilizó la validez de constructo por el método de análisis de ítems. Este método tiene por objetivo estimar el grado en que cada ítem contribuye a la validez del instrumento al cual pertenece. De este modo, se verifica que el instrumento mida lo que dice medir.

Como se puede observar en la Tabla 8, los Coeficientes de Correlación de Spearman (ρ) que están en rango de **Alta correlación (0.601 – 80)** y su nivel de significancia estadística muy alta ($p < 0.001$). **Muy alta correlación (0801 – 1)**. Estos valores confirman que los ítems de la dimensión agotamiento emocional del inventario de burnout presenta validez de

constructo, dado que existe una fuerte correspondencia entre cada ítem con el valor del constructo (dimensión).

Tabla 8

Análisis de ítems de la escala de habilidades sociales con el puntaje total de la escala de habilidades sociales.

| N° | rho | nse | N° | rho | nse | N° | rho | nse |
|----|------|------|----|------|------|----|------|------|
| 1 | .865 | .000 | 18 | .791 | .000 | 35 | .852 | .000 |
| 2 | .869 | .000 | 19 | .880 | .000 | 36 | .824 | .000 |
| 3 | .775 | .000 | 20 | .881 | .000 | 37 | .877 | .000 |
| 4 | .877 | .000 | 21 | .779 | .000 | 38 | .872 | .000 |
| 5 | .857 | .000 | 22 | .858 | .000 | 39 | .791 | .000 |
| 6 | .756 | .000 | 23 | .882 | .000 | 40 | .880 | .000 |
| 7 | .848 | .000 | 24 | .869 | .000 | 41 | .881 | .000 |
| 8 | .890 | .000 | 25 | .871 | .000 | 42 | .779 | .000 |
| 9 | .857 | .000 | 26 | .855 | .000 | 43 | .858 | .000 |
| 10 | .876 | .000 | 27 | .820 | .000 | 44 | .882 | .000 |
| 11 | .861 | .000 | 28 | .823 | .000 | 45 | .869 | .000 |
| 12 | .800 | .000 | 29 | .849 | .000 | 46 | .871 | .000 |
| 13 | .824 | .000 | 30 | .798 | .000 | 47 | .855 | .000 |
| 14 | .850 | .000 | 31 | .863 | .000 | 48 | .820 | .000 |
| 15 | .824 | .000 | 32 | .750 | .000 | 49 | .823 | .000 |
| 16 | .877 | .000 | 33 | .826 | .000 | 50 | .849 | .000 |
| 17 | .872 | .000 | 34 | .882 | .000 | | | |

b. Confiabilidad de la Lista de chequeo de habilidades sociales.

En la tabla 9 se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alpha de Cronbach, donde se establece que, para el cuestionario de habilidades Sociales, sus estimaciones Alpha encontradas sobrepasan el valor Alpha de 0.70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Por lo tanto, la escala es muy confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de 0.995.

Tabla 9*Estimaciones de confiabilidad de la escala de habilidades sociales*

| | Alfa de Cronbach 0,995 | N de elementos 50 | | |
|------------------------------------|--|---|--|--|
| Estadísticos total-elemento | | | | |
| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
| h1 | 137,57 | 4117,478 | ,901 | ,994 |
| h2 | 137,96 | 4104,297 | ,875 | ,994 |
| h3 | 137,56 | 4111,223 | ,840 | ,994 |
| h4 | 137,75 | 4083,114 | ,904 | ,994 |
| h5 | 137,86 | 4091,184 | ,881 | ,994 |
| h6 | 137,40 | 4148,737 | ,790 | ,995 |
| h7 | 137,80 | 4086,984 | ,895 | ,994 |
| h8 | 137,84 | 4053,897 | ,902 | ,994 |
| h9 | 137,73 | 4087,379 | ,898 | ,994 |
| h10 | 137,68 | 4103,058 | ,899 | ,994 |
| h11 | 137,86 | 4072,688 | ,879 | ,994 |
| h12 | 137,90 | 4085,477 | ,898 | ,994 |
| h13 | 137,83 | 4086,279 | ,913 | ,994 |
| h14 | 138,06 | 4065,082 | ,911 | ,994 |
| h15 | 137,62 | 4095,383 | ,883 | ,994 |
| h16 | 137,55 | 4128,831 | ,916 | ,994 |
| h17 | 137,82 | 4097,994 | ,883 | ,994 |
| h18 | 137,58 | 4121,732 | ,851 | ,994 |
| h19 | 137,77 | 4083,494 | ,909 | ,994 |
| h20 | 137,79 | 4087,912 | ,888 | ,994 |
| h21 | 137,28 | 4128,938 | ,827 | ,994 |
| h22 | 137,76 | 4095,259 | ,897 | ,994 |
| h23 | 137,92 | 4072,608 | ,899 | ,994 |
| h24 | 137,71 | 4084,275 | ,906 | ,994 |
| h25 | 137,69 | 4106,456 | ,890 | ,994 |
| h26 | 137,90 | 4082,878 | ,876 | ,994 |
| h27 | 137,82 | 4080,968 | ,907 | ,994 |
| h28 | 137,80 | 4080,625 | ,922 | ,994 |
| h29 | 138,01 | 4066,470 | ,911 | ,994 |
| h30 | 137,75 | 4107,627 | ,861 | ,994 |
| h31 | 137,84 | 4091,726 | ,879 | ,994 |
| h32 | 137,39 | 4141,214 | ,793 | ,995 |
| h33 | 137,86 | 4098,295 | ,882 | ,994 |
| h34 | 137,97 | 4076,460 | ,893 | ,994 |
| h35 | 137,81 | 4088,192 | ,905 | ,994 |
| h36 | 137,62 | 4095,383 | ,883 | ,994 |
| h37 | 137,55 | 4128,831 | ,916 | ,994 |
| h38 | 137,82 | 4097,994 | ,883 | ,994 |
| h39 | 137,58 | 4121,732 | ,851 | ,994 |
| h40 | 137,77 | 4083,494 | ,909 | ,994 |

| h41 | 137,79 | 4087,912 | ,888 | ,994 |
|----------------------------------|----------|-------------------|----------------|------|
| h42 | 137,28 | 4128,938 | ,827 | ,994 |
| h43 | 137,76 | 4095,259 | ,897 | ,994 |
| h44 | 137,92 | 4072,608 | ,899 | ,994 |
| h45 | 137,71 | 4084,275 | ,906 | ,994 |
| h46 | 137,69 | 4106,456 | ,890 | ,994 |
| h47 | 137,90 | 4082,878 | ,876 | ,994 |
| h48 | 137,82 | 4080,968 | ,907 | ,994 |
| h49 | 137,80 | 4080,625 | ,922 | ,994 |
| h50 | 138,01 | 4066,470 | ,911 | ,994 |
| Estadísticos de la escala | | | | |
| Media | Varianza | Desviación típica | N de elementos | |
| 140,56 | 4262,915 | 65,291 | 50 | |

3.6. Procedimiento

Se solicitó autorización a la gerencia general. Se coordinó con la administración día y hora para la aplicación del instrumento. Se evaluó a grupos pequeños de 3 a 5 colaboradores internos para no interferir con el trabajo que realizan en la empresa. Antes de ser evaluados se les brindó información de los objetivos de la investigación. Luego se procedió a solicitar su consentimiento verbal para participar en la investigación. A los que aceptaran ser parte de la evaluación se les proporcionó las escalas de evaluación. A los que no aceptaron, simplemente no se les entregó las encuestas. Se procedió a leer las instrucciones y la forma de cómo responder a cada alternativa de respuesta. Se recogió las encuestas y se constató el llenado correcto, caso contrario, se solicitó a la persona que completen la información faltante. Se corrigió las encuestas y vació en una base de datos en Excel. Se codificó en SPSS las variables investigadas para luego transferir los datos del Excel al SPSS. Se realizó el análisis exploratorio de la variable para determinar la bondad de ajuste de la variable (s) con la prueba no paramétrica K – S. Se procesó los datos primero en forma descriptiva. Se realizó la confiabilidad de las escalas utilizando el SPSS (Alpha de Cronbach). Se realizó el Análisis inferencial de los resultados para la contratación de las hipótesis estadísticas. Se elaboró la discusión de los resultados. Se estableció las conclusiones y recomendaciones. Se elaboró el informe final.

3.7. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS versión 22.0 versión en español. Se utilizó estas técnicas estadísticas en dos etapas: 1ra. Estadística descriptiva: Con la cual se obtuvo los datos de frecuencia y porcentajes. 2da. Estadística inferencial: El Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas. La prueba paramétrica de la correlación de Pearson se utilizó para establecer la relación entre las variables. La finalidad de la correlación de Pearson es comprobar si los resultados de una variable están relacionados con los resultados de la otra variable (Greene y D'Oliveira 2006), teniendo en cuenta los siguientes criterios de aceptación o rechazo de la Ho de acuerdo con Ávila (1998).

| | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------|
| $r = 0.00$ | no hay correlación estadística | se acepta la Ho. |
| $0 < r < 0.20$ | Existe correlación no significativa | se rechaza la Ho. |
| $0.21 < r < 0.40$ | Existe correlación baja | se rechaza la Ho. |
| $0.41 < r < 0.60$ | Existe correlación moderada | se rechaza la Ho. |
| $0.61 < r < 0.80$ | Existe correlación alta | se rechaza la Ho. |
| $0.81 < r < 1.00$ | Existe correlación muy alta | se rechaza la Ho. |

La técnica de T de Student o U de Man Whitney: Estas técnicas ha sido diseñada exclusivamente para establecer comparaciones entre dos condiciones (Greene y D'Oliveira 2006), permite conocer si la media de dos grupos difiere de modo significativo entre sí con un nivel de significación estadística: $p < 0.01$ para rechazar la Ho. Para el establecimiento de comparaciones de promedios de las variables estudiadas en función de los grupos etarios (edades), nivel laboral, años de servicios, se utilizó la técnica no paramétrica de Kruskal-Wallis.

3.7.1. Análisis exploratorio de las variables

En la Tabla 10, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov (K-S), donde las variables burnout y habilidades sociales, **no presentan** una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es muy significativo ($p < 0.05$).

En consecuencia, se tomó la decisión de **emplear pruebas no paramétricas** en los análisis de datos.

Tabla 10

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

| Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra | | burnout | habilidades sociales |
|---|-------------------|--------------|----------------------|
| | N | 118 | 118 |
| Parámetros normales | Media | 31,27 | 140,56 |
| | Desviación típica | 11,655 | 65,291 |
| Diferencias más extremas | Absoluta | ,261 | ,255 |
| | Positiva | ,125 | ,255 |
| | Negativa | -,261 | -,220 |
| | K/S | 2,836 | 2,767 |
| | p | 0,000 | 0,000 |

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

En la tabla 11, se muestra que, en cuanto a la variable total, el 63.6% de la muestra presentan Burnout y el 36.4%, no presenta Burnout. En relación a las dimensiones de la variable, el 44.1% de la muestra presentan un nivel promedio o moderado en relación con la dimensión agotamiento emocional; en cuanto a la dimensión despersonalización, el 77.9% de la muestra presentan niveles por debajo del promedio; así mismo, el 63.6% de la muestra presentan niveles por debajo del promedio, para la dimensión realización personal y para la última dimensión, cansancio emocional – despersonalización, el 65.2% de la muestra presenta niveles superiores al promedio.

Tabla 11

Niveles del síndrome de Burnout y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.

| Variable/dimensiones | Niveles | f | % |
|---|----------------------|----|-------------|
| agotamiento emocional | Muy bajo (0 - 10.8) | 4 | 3,4 |
| | Bajo (11 - 21.6) | 50 | 42,4 |
| | Moderado (22 - 32.4) | 52 | 44,1 |
| | Alto (33 - 43.2) | 12 | 10,2 |
| despersonalización | Muy bajo (0 – 6) | 41 | 34,7 |
| | Bajo (7 – 12) | 51 | 43,2 |
| | Moderado (13 – 18) | 24 | 20,3 |
| | Alto (19 – 24) | 2 | 1,7 |
| realización personal | Muy bajo (0 - 9.6) | 19 | 16,1 |
| | Bajo (10 - 19.2) | 56 | 47,5 |
| | Moderado (20 - 28.8) | 3 | 2,5 |
| | Alto (29 - 38.4) | 20 | 16,9 |
| cansancio emocional – despersonalización | muy bajo (0 - 16.8) | 12 | 10,2 |
| | Bajo (17 - 33.6) | 29 | 24,6 |
| | Alto (34 - 50.4) | 70 | 59,3 |
| | Muy alto (51 - 67.2) | 7 | 5,9 |

| | | | | |
|---------------------|---------------------|---|-----|-------------|
| Síndrome de burnout | Presentan Burnout | mayores de 34 agotamiento - despersonalización y menores de 30 realización profesional | 75 | 63.6 |
| | No presenta Burnout | menores de 34 agotamiento y despersonalización y mayores 35 en realización profesional | 43 | 36.4 |
| Total | | | 118 | 100.0 |

La Tabla 12 muestra que en relación a las Habilidades sociales, el 51.8% presentan niveles por debajo del promedio; En la dimensión primeras habilidades sociales, el 42.3% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales avanzadas, el 48.3% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades relacionadas con los sentimientos, el 42,5% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales frente al estrés, el 41.5% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales de planificación, el 53.4% presentan niveles por debajo del promedio.

Tabla 12

Niveles de las habilidades sociales y de sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.

| Variable/dimensiones | Niveles | <i>f</i> | % |
|--------------------------------|----------|----------|-------------|
| Primeras habilidades sociales | Muy bajo | 3 | 2,5 |
| | Bajo | 47 | 39,8 |
| | Moderado | 21 | 17,8 |
| | Alto | 5 | 4,2 |
| | Muy alto | 42 | 35,6 |
| Habilidades sociales avanzadas | Muy bajo | 11 | 9,3 |
| | Bajo | 46 | 39,0 |
| | Moderado | 13 | 11,0 |
| | Alto | 9 | 7,6 |
| | Muy alto | 39 | 33,1 |
| | Muy bajo | 2 | 1,7 |

| | | | |
|---|---------------------------------|-----|-------------|
| | Bajo | 47 | 39,8 |
| Habilidades relacionadas con los sentimientos | Moderado | 16 | 13,6 |
| | Alto | 13 | 11,0 |
| | Muy alto | 40 | 33,9 |
| | Muy bajo | 6 | 5,1 |
| Habilidades alternativas a la agresión | Bajo | 56 | 47,5 |
| | Moderado | 6 | 5,1 |
| | Alto | 9 | 7,6 |
| | Muy alto | 41 | 34,7 |
| Habilidades sociales frente al estrés | Muy bajo | 3 | 2,5 |
| | Bajo | 46 | 39,0 |
| | Moderado | 22 | 18,6 |
| | Alto | 6 | 5,1 |
| Habilidades sociales de planificación | Muy alto | 41 | 34,8 |
| | Muy bajo | 6 | 5,1 |
| | Bajo | 57 | 48,3 |
| | Moderado | 4 | 3,4 |
| Habilidades sociales | Alto | 10 | 8,5 |
| | Muy alto | 41 | 34,7 |
| | muy bajo desarrollo (0 – 50) | 3 | 2,5 |
| | bajo desarrollo (51 – 100) | 58 | 49,3 |
| | moderado desarrollo (101 – 150) | 5 | 4,2 |
| | alto desarrollo (151 – 200) | 11 | 9,3 |
| | muy alto desarrollo (201 – 250) | 41 | 34,7 |
| | Total | 118 | 100.0 |

4.2. Contrastación de hipótesis

4.2.1. Comparaciones del Síndrome de Burnout

En la tabla 13 se describen los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según el sexo, reportándose que en las dimensiones agotamiento emocional – despersonalización, dimensión agotamiento emocional y la dimensión despersonalización donde los rangos promedios del sexo masculino son mayores que los rangos promedios del sexo femenino. En la dimensión realización profesional según el sexo, los rangos promedios del sexo femenino son mayor que el rango promedio del sexo masculino. En el análisis

estadístico de contraste, se reportó que existen diferencias muy significativas en las dimensiones agotamiento emocional – despersonalización ($Z = -3,540$, $p < 0.001$), agotamiento emocional ($Z = -3,540$, $p < 0.001$), despersonalización ($Z = -3,540$, $p < 0.001$), y realización profesional ($Z = -3,540$, $p < 0.001$), según el sexo.

Tabla 13

Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según sexo.

| | sexo | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|--|--|-----------------------|--------------------|----------------------|
| agotamiento emocional - despersonalización (Burnout) | Masculino | 55 | 71,35 | 3924,00 |
| | Femenino | 63 | 49,16 | 3097,00 |
| agotamiento emocional | Masculino | 55 | 70,70 | 3888,50 |
| | Femenino | 63 | 49,72 | 3132,50 |
| despersonalización | Masculino | 55 | 71,85 | 3951,50 |
| | Femenino | 63 | 48,72 | 3069,50 |
| realización personal | Masculino | 55 | 47,53 | 2614,00 |
| | Femenino | 63 | 69,95 | 4407,00 |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | agotamiento emocional - despersonalización (burnout) | agotamiento emocional | despersonalización | realización personal |
| U de Mann-Whitney | 1081,000 | 1116,500 | 1053,500 | 1074,000 |
| W de Wilcoxon | 3097,000 | 3132,500 | 3069,500 | 2614,000 |
| Z | -3,540 | -3,327 | -3,674 | -3,558 |
| p | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 14 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional ($X^2 = 77,186$; gl. 4; $p < 0.001$), despersonalización ($X^2 = 74,398$; gl. 4; $p < 0.001$), realización personal ($X^2 = 70,440$; gl. 4; $p < 0.001$) y la dimensión agotamiento emocional – despersonalización ($X^2 = 89,860$; gl. 4; $p < 0.001$) según grupos etarios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la

Hi (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según grupos etarios). En agotamiento emocional, los rangos promedios, el grupo de > de 60 años presentan el mayor promedio (112) y el grupo etario de 50 – 59 años (96.71) a diferencia de los otros grupos etarios, 20 – 29 años (24.26). En despersonalización, los rangos promedios de los grupos de 50 – 59 años (88.41), > de 60 años (88) y el grupo de 40 – 49 (78.77) son mayores que los otros grupos, grupo 20 – 29 años (22.03). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo de 20 – 29 años (97.74) y el grupo de 30 – 39 años (79.21) a diferencia de otros grupos, grupo > de 60 años (28.88). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo de >60 años (113.13) y el grupo etario de 50 – 59 años (103.88) presentan mayores promedios que los otros grupos etarios, el grupo de 20 – 29 años (22.78).

Tabla 14

Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupos etarios.

| | según grupos etarios | N | Rango promedio |
|-----------------------|----------------------|----|----------------|
| agotamiento emocional | 20 - 29 años | 29 | 24,26 |
| | 30 - 39 años | 19 | 37,76 |
| | 40 - 49 años | 50 | 70,87 |
| | 50 - 59 años | 12 | 96,71 |
| | 60 años a mas | 8 | 112,00 |
| despersonalización | 20 - 29 años | 29 | 22,03 |
| | 30 - 39 años | 19 | 35,71 |
| | 40 - 49 años | 50 | 78,77 |
| | 50 - 59 años | 12 | 88,42 |
| | 60 años a mas | 8 | 88,00 |
| realización personal | 20 - 29 años | 29 | 97,74 |
| | 30 - 39 años | 19 | 79,21 |
| | 40 - 49 años | 50 | 40,20 |
| | 50 - 59 años | 12 | 36,71 |
| | 60 años a mas | 8 | 28,88 |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------|-------------------------|---|
| agotamiento emocional - despersonalización (burnout) | 20 - 29 años | 29 | 22,78 | |
| | 30 - 39 años | 19 | 34,97 | |
| | 40 - 49 años | 50 | 70,89 | |
| | 50 - 59 años | 12 | 103,88 | |
| | 60 años a mas | 8 | 113,13 | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | agotamiento emocional | despersonalización | realización personal | agotamiento emocional - despersonalización (Burnout) |
| Chi-cuadrado | 77,186 | 74,398 | 70,440 | 89,860 |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 |
| <i>p</i> | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 15 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional ($X^2 = 91,425$; gl. 4; $p < 0.001$), despersonalización ($X^2 = 77,207$; gl. 4; $p < 0.001$), realización personal ($X^2 = 78,991$; gl. 4; $p < 0.001$) y la dimensión agotamiento emocional – despersonalización ($X^2 = 89,860$; gl. 4; $p < 0.001$) según años de tiempo de servicios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según tiempo de servicios). En agotamiento emocional, los rangos promedios, el grupo de $>$ de 20 años presentan el mayor promedio (109.29) a diferencia del grupo $<$ 5 años (18.83). En despersonalización, los rangos promedios de los grupos de Mas de 20 años (86.24), el grupo de 16- 20 años (78.14) son mayores que los otros grupos, $<$ 5 años (19.35). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo de $<$ de 5 años (99.58) y el grupo de 6 - 10 años (93.39) a diferencia de otros grupos, grupo $>$ de 20 años (34.85). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo de $>$ 20 años (110) y el grupo etario de 11 - 15 años (72.56) y el grupo de 16 – 20 años (71.53) presentan mayores promedios que los otros grupos, el grupo de $<$ 5 años (16.38).

Tabla 15

Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según tiempo de servicios.

| | según años de servicios | N | Rango promedio | |
|--|--------------------------|--------------------|-------------------------|---|
| agotamiento emocional | Menor de 5 años | 24 | 18,83 | |
| | 6 - 10 años | 18 | 28,81 | |
| | 11 - 15 años | 24 | 69,81 | |
| | 16 - 20 años | 35 | 71,91 | |
| | Mas de 20 años | 17 | 109,29 | |
| despersonalización | (menor) de 5 años | 24 | 19,35 | |
| | 6 - 10 años | 18 | 27,17 | |
| | 11 - 15 años | 24 | 77,77 | |
| | 16 - 20 años | 35 | 78,14 | |
| | Mas de 20 años | 17 | 86,24 | |
| realización personal | Menor de 5 años | 24 | 99,58 | |
| | 6 - 10 años | 18 | 93,39 | |
| | 11 - 15 años | 24 | 39,04 | |
| | 16 - 20 años | 35 | 40,59 | |
| | Mas de 20 años | 17 | 34,85 | |
| agotamiento emocional - despersonalización (burnout) | Menor de 5 años | 24 | 16,38 | |
| | 6 - 10 años | 18 | 28,50 | |
| | 11 - 15 años | 24 | 72,56 | |
| | 16 - 20 años | 35 | 71,53 | |
| | Mas de 20 años | 17 | 110,00 | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | agotamiento emocional | despersonalización | realización personal | agotamiento emocional - despersonalización (burnout) |
| Chi-cuadrado | 91,425 | 77,207 | 78,991 | 99,208 |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 |
| <i>p</i> | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 16 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional ($X^2 = 25,404$; gl. 2; $p < 0.001$), despersonalización ($X^2 = 30,140$; gl. 2; $p < 0.001$), realización personal ($X^2 = 34,130$; gl. 2; $p < 0.001$) y la dimensión agotamiento emocional – despersonalización ($X^2 = 27,440$; gl. 2; $p < 0.001$) según el grupo ocupacional, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las

dimensiones del síndrome de burnout según grupo ocupacional). En agotamiento emocional, los rangos promedios, del grupo profesional presentan el mayor promedio (84.02) a diferencia del grupo ocupacional técnico (44.38). En despersonalización, los rangos promedios del grupo ocupacional profesional (82.54), es mayor que el grupo ocupacional técnico (41.97). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo ocupacional técnico (76.3) le sigue el grupo ocupacional de enfermería (54.86) a diferencia del grupo profesional (29.6). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo ocupacional profesional (84.52) y el grupo ocupacional enfermería (65.93) presentan mayores promedios que el grupo ocupacional técnico (43.75).

Tabla 16

Diferencia de promedios del síndrome de Burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupo ocupacional.

| | según ocupación | N | Rango promedio | |
|--|--------------------------|--------------------|-------------------------|--|
| agotamiento emocional | Personal técnico | 56 | 44,38 | |
| | Personal de enfermería | 36 | 65,32 | |
| | Personal profesional | 26 | 84,02 | |
| despersonalización | Personal técnico | 56 | 41,97 | |
| | Personal de enfermería | 36 | 70,13 | |
| | Personal profesional | 26 | 82,54 | |
| realización personal | Personal técnico | 56 | 76,30 | |
| | Personal de enfermería | 36 | 54,96 | |
| | Personal profesional | 26 | 29,60 | |
| agotamiento emocional - despersonalización (burnout) | Personal técnico | 56 | 43,75 | |
| | Personal de enfermería | 36 | 65,93 | |
| | Personal profesional | 26 | 84,52 | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | agotamiento emocional | despersonalización | realización personal | agotamiento emocional - despersonalización |
| Chi-cuadrado | 25,404 | 30,140 | 34,130 | 27,440 |
| gl | 2 | 2 | 2 | 2 |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 18 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según grupos etarios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según grupos etarios). En habilidades sociales y sus seis dimensiones, los rangos promedios, el grupo de > de 60 años presentan el menor promedio que los otros grupos etarios, el grupo de 20 – 29 años y el grupo de 30 – 39 años.

Tabla 18

Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según grupos etarios.

| | según grupos etarios | N | Rango promedio |
|---|----------------------|----|----------------|
| habilidades sociales | 20 - 29 años | 29 | 100,09 |
| | 30 - 39 años | 19 | 72,24 |
| | 40 - 49 años | 50 | 43,32 |
| | 50 - 59 años | 12 | 31,46 |
| | 60 años a mas | 8 | 25,31 |
| primeras habilidades sociales | 20 - 29 años | 29 | 100,90 |
| | 30 - 39 años | 19 | 71,32 |
| | 40 - 49 años | 50 | 41,46 |
| | 50 - 59 años | 12 | 34,83 |
| | 60 años a mas | 8 | 31,13 |
| habilidades sociales avanzadas | 20 - 29 años | 29 | 99,07 |
| | 30 - 39 años | 19 | 75,34 |
| | 40 - 49 años | 50 | 42,19 |
| | 50 - 59 años | 12 | 36,75 |
| | 60 años a mas | 8 | 20,75 |
| habilidades relacionadas con los sentimientos | 20 - 29 años | 29 | 98,59 |
| | 30 - 39 años | 19 | 74,39 |
| | 40 - 49 años | 50 | 43,67 |
| | 50 - 59 años | 12 | 32,33 |
| | 60 años a más | 8 | 22,13 |
| habilidades alternativas a la agresión | 20 - 29 años | 29 | 98,83 |
| | 30 - 39 años | 19 | 75,68 |
| | 40 - 49 años | 50 | 43,36 |
| | 50 - 59 años | 12 | 30,75 |
| | 60 años a mas | 8 | 22,50 |

| habilidades sociales frente al estrés | 20 - 29 años | 29 | 98,50 | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | 30 - 39 años | 19 | 73,87 | | | | |
| | 40 - 49 años | 50 | 42,80 | | | | |
| | 50 - 59 años | 12 | 35,38 | | | | |
| | 60 años a mas | 8 | 24,56 | | | | |
| habilidades sociales de planificación | 20 - 29 años | 29 | 98,28 | | | | |
| | 30 - 39 años | 19 | 76,37 | | | | |
| | 40 - 49 años | 50 | 42,86 | | | | |
| | 50 - 59 años | 12 | 32,38 | | | | |
| | 60 años a mas | 8 | 23,56 | | | | |
| Estadísticos de contraste | | | | | | | |
| | habilidades sociales | primeras habilidades sociales | habilidades sociales avanzadas | habilidades relacionadas con los sentimientos | habilidades alternativas a la agresión | habilidades sociales frente al estrés | habilidades sociales de planificación |
| Chi-cuadrado | 70,747 | 70,723 | 71,825 | 69,946 | 71,946 | 67,548 | 70,523 |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 19 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según el tiempo de servicios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según tiempo de servicios). En habilidades sociales y sus seis dimensiones, los rangos promedios, el grupo de < de 5 años y el grupo de 6 – 10 años, presentan mayor rango promedio que los otros grupos grupo de más de 20 años y el grupo de 16 - 20 años.

Tabla 19

Diferencia de promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019, según tiempo de servicios.

| | según años de servicios | N | Rango promedio |
|---------------------------------------|-------------------------|----|----------------|
| Puntaje total de habilidades sociales | >de 5 años | 24 | 96,75 |
| | 6 - 10 años | 18 | 96,56 |
| | 11 - 15 años | 24 | 47,02 |
| | 16 - 20 años | 35 | 38,93 |

| | | | | | | | |
|---|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Mas de 20 años | 17 | 27,65 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 98,48 | | | |
| | | 6 - 10 años | 18 | 94,00 | | | |
| primeras habilidades sociales | | 11 - 15 años | 24 | 47,08 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 37,76 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 30,24 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 96,38 | | | |
| habilidades sociales avanzadas | | 6 - 10 años | 18 | 97,03 | | | |
| | | 11 - 15 años | 24 | 45,10 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 38,66 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 30,94 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 97,46 | | | |
| Puntaje habilidades relacionadas con los sentimientos | | 6 - 10 años | 18 | 96,17 | | | |
| | | 11 - 15 años | 24 | 48,10 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 39,94 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 23,44 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 95,54 | | | |
| habilidades alternativas a la agresión | | 6 - 10 años | 18 | 98,14 | | | |
| | | 11 - 15 años | 24 | 48,52 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 37,44 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 28,62 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 96,58 | | | |
| habilidades sociales frente al estrés | | 6 - 10 años | 18 | 97,06 | | | |
| | | 11 - 15 años | 24 | 49,35 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 38,06 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 25,85 | | | |
| | | >de 5 años | 24 | 95,04 | | | |
| habilidades sociales de planificación | | 6 - 10 años | 18 | 99,22 | | | |
| | | 11 - 15 años | 24 | 47,25 | | | |
| | | 16 - 20 años | 35 | 37,46 | | | |
| | | Mas de 20 años | 17 | 29,94 | | | |
| Estadísticos de contraste | | | | | | | |
| | habilidades sociales | primeras habilidades sociales | habilidades sociales avanzadas | habilidades relacionadas con los sentimientos | habilidades alternativas a la agresión | habilidades sociales frente al estrés | habilidades sociales de planificación |
| Chi-cuadrado | 80,228 | 79,594 | 79,276 | 84,014 | 80,933 | 82,543 | 80,983 |
| o | | | | | | | |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Sig. asintót. | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

En la tabla 20 se describen la Comparación de los rangos promedios con la Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según el grupo ocupacional,

4.2.3. Relación entre síndrome de burnout con las habilidades sociales

En la tabla 21 se describen la relación estadística síndrome de burnout con las habilidades sociales con la técnica no paramétrica de correlación bivariado de Spearman (ρ), concluyéndose que existe correlación negativa alta ($\rho = 0.767^{**}$) y muy significativa ($p < 0.001$). Por lo tanto, se rechaza la H_0 (no existe relación entre las variables) aceptándose la H_1 (existe relación muy significativa entre las variables).

Tabla 21

Relación entre síndrome de burnout con las habilidades sociales en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019.

| Correlaciones Rho de Spearman | | habilidades sociales |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Agotamiento emocional - despersonalización (Burnout) | Coefficiente de correlación ρ | -0,767^{**} 0,000 |

******. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 22 se concluye que existe correlación positiva alta entre habilidades sociales con realización personal (0.799) y muy significativas ($p < 0.001$); Existe correlación negativa alta entre habilidades sociales con agotamiento emocional (-0.719) y con despersonalización (-0.711) y muy significativas ($p < 0.001$). Por lo tanto, se acepta la H_1 (existe relación muy significativa entre habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de burnout).

Tabla 22

Relación entre habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de burnout en personal atencional de un establecimiento de salud de Lima Sur, 2019

| Correlación Rho de Spearman | agotamiento emocional | despersonalización | realización personal |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Habilidades sociales | Rho ρ | -0,719^{**} 0,000 | 0,799^{**} 0,000 |

******. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con relación a la contrastación de hipótesis, en la relación entre síndrome de burnout con las habilidades sociales, se concluye que existe correlación negativa alta y muy significativa. Por lo tanto, se rechaza la H_0 , aceptándose la H_1 . Estos datos reportados desde el punto de vista teórico son válidos dado que las correlaciones encontradas refieren que, a mayor agotamiento emocional, es decir, ante una existencia agotada o gastada, resultante de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador, es mayor la despersonalización, expresándose en el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles; lo que a su vez decantaría en la sensación de una menor realización personal, evaluando su trabajo de forma negativa, generando en sí mismo una pérdida de soporte social y de desarrollo profesional. De igual forma los resultados demuestran el hecho de que a mayor habilidad social menor es el síndrome de burnout, y esto que expuesto en las conductas que emite un sujeto a expresar adecuadamente sus sentimientos, actitudes y deseos, resolviendo los problemas que se le presenten y minimizando la probabilidad de futuros conflictos. Tal como lo refieren a nivel nacional Cosío-Dueñas, et al. (2020) quienes buscaron determinar la relación de las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout en Odontólogos del Ministerio de Salud, obteniendo que, a mayores habilidades sociales, menor es el Síndrome de Burnout. Asimismo, Valderrama (2019), concluye que existe asociación inversamente proporcional entre las Habilidades Sociales y el Síndrome de Burnout en Odontólogos del Ministerio de Salud de Apurímac en el año 2018. A nivel internacional, Polo, et al. (2019) obtuvieron una correlación negativa entre los niveles de habilidad emocional y el burnout en 257 docentes colombianos. Torres (2019), en México; Araujo y Solís (2017), en Ecuador; compartieron resultados similares, siendo que el grupo mayormente afectado con burnout tiene desarrolladas menores habilidades comunicativas. Sin embargo, hay trabajos que no confirman la relación existente entre habilidades sociales y burnout, tales como el realizado por Toscano y Toscano (2021),

Requena (2019), Juscamaita, (2018); en donde, según los resultados, sus muestras no presentan síndrome de burnout, por lo contrario, las demandas laborales no dejan agotados a los trabajadores al finalizar su turno de trabajo, tampoco presentan actitudes de frialdad y distanciamiento hacia las personas que van en busca de atención por lo que se sienten a gusto ejerciendo su profesión demostrando realización profesional.

Respecto a los niveles diagnósticos de burnout (en la dimensión compuesta conformada por las dimensiones cansancio emocional y despersonalización), el 59.3% de la muestra presentan un nivel de alto desarrollo y el 5.9% un nivel de muy alto desarrollo; es decir, el 65.2% de la muestra presenta niveles superiores al promedio. Por lo tanto, en base a lo referido en párrafos previos diagnósticos de burnout según el síndrome de Burnout, el 63.6% de la muestra presentan Burnout (mayores de 34 en la dimensión agotamiento - despersonalización y menores de 30 en la dimensión realización profesional). El 36.4% de la muestra No presenta Burnout (menores de 34 en la dimensión agotamiento y despersonalización y mayores 35 en la dimensión realización profesional). El trabajo que tiene resultados bastante próximos a los encontrados en el presente trabajo es el de Valladares (2017), quien obtuvo como resultados que el equipo de salud presentaba un 79,1% de síndrome de burnout en un nivel medio y alto, mientras que el 22,2% obtuvo un nivel bajo de estrés laboral crónico que define la baja tensión en el trabajo. Otro trabajo, en la misma dirección, es el planteado por Sernaque (2009); cuyo resultado mostró una mayor frecuencia de síndrome de burnout intermedio en un 50% y un 16% de síndrome de burnout alto. Sin embargo, estos porcentajes son altos comparados a los reportados por Sarmiento (2019), quien realizó un estudio descriptivo transversal analítico en 110 trabajadores, entre médicos, enfermeros, obstetras y personal técnico; encontrando un 10 % de la población con síndrome de burnout. El grupo de médicos presentó 16,3 % de burnout; el personal de enfermería y obstetras, 8,6 %; y en el personal técnico de enfermería no se encontró burnout. Del mismo modo, Domínguez (2018) concluye que el Síndrome de Burnout

tiene “presencia moderada” en un 78%, y “presencia leve” en un 22% de su muestra. Bedoya y Barrientos (2018) en su investigación reportaron como principales resultados que el 81,1% (137) percibieron un nivel bajo del síndrome de burnout, el 15,4% (26) percibieron un nivel medio del síndrome de burnout, y el 3,6% percibieron un nivel alto del síndrome de burnout, asimismo, el 52,7% (89) sienten un nivel satisfecho de satisfacción laboral, el 38,5% (65) sienten un nivel promedio de satisfacción laboral, el 5,3% (9) sienten un nivel muy insatisfecho de satisfacción laboral, y el 3,6% (6) sienten un nivel insatisfecho en su satisfacción laboral. A nivel internacional, Araujo y Solís (2017) encontraron que los postgradistas presentan despersonalización en el 57%, cansancio emocional el 53,4% y baja realización personal el 36,5%. El 29% de los participantes presenta Burnout, de ellos el 98,9% presenta despersonalización, cansancio emocional el 97,8% y baja realización personal el 70,8%.

En cuanto a la descripción de los niveles de habilidades sociales, se encontró que el 51,8% presentan niveles por debajo del promedio, siendo la dimensión Habilidades Sociales de Planificación la que presenta mayor valor con el 53,4% por debajo del promedio. Según la teoría esto se expresa en la dificultad para tomar decisiones, establecer objetivos, resolver problemas según su importancia; Otra dimensión a destacar con un 52,6% por debajo del promedio sería la de Habilidades Alternativas a la Agresión, dimensión que guarda relación con la dificultad para negociar, compartir, ayudar, evitar problemas con los demás, el autocontrol.

En las comparaciones del síndrome de burnout, según el sexo, se reportan que en las dimensiones agotamiento emocional – despersonalización, dimensión agotamiento emocional y la dimensión despersonalización, los rangos promedios del sexo masculino son mayores que los rangos promedios del sexo femenino. En la dimensión realización personal según el sexo, los rangos promedios del sexo femenino son mayor que el rango promedio del sexo masculino. En el análisis estadístico de contraste, se reportó que existen diferencias muy significativas en

las dimensiones agotamiento emocional – despersonalización, agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, según el sexo. En cuanto a la comparativa de promedios de burnout según grupos etarios, se reportó que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y la dimensión agotamiento emocional – despersonalización según grupos etarios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según grupos etarios). En agotamiento emocional, los rangos promedios, el grupo de > de 60 años presentan el mayor promedio (112) y el grupo etario de 50 – 59 años (96.71) a diferencia de los otros grupos etarios, 20 – 29 años (24.26). En despersonalización, los rangos promedios de los grupos de 50 – 59 años (88.41), > de 60 años (88) y el grupo de 40 – 49 (78.77) son mayores que los otros grupos, grupo 20 – 29 años (22.03). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo de 20 – 29 años (97.74) y el grupo de 30 – 39 años (79.21) a diferencia de otros grupos, grupo > de 60 años (28.88). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo de >60 años (113.13) y el grupo etario de 50 – 59 años (103.88) presentan mayores promedios que los otros grupos etarios, el grupo de 20 – 29 años (22.78). Los resultados de las comparaciones entre las dimensiones del síndrome de burnout según tiempo de servicios, reportaron que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y la dimensión agotamiento emocional – según años de tiempo de servicios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según tiempo de servicios). En agotamiento emocional, los rangos promedios, el grupo de > de 20 años presentan el mayor promedio (109.29) a diferencia del grupo < 5 años (18.83). En despersonalización, los rangos promedios de los

grupos de Mas de 20 años (86.24), el grupo de 16- 20 años (78.14) son mayores que los otros grupos, <5 años (19.35). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo de < de 5 años (99.58) y el grupo de 6 - 10 años (93.39) a diferencia de otros grupos, grupo > de 20 años (34.85). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo de > 20 años (110) y el grupo etario de 11 - 15 años (72.56) y el grupo de 16 – 20 años (71.53) presentan mayores promedios que los otros grupos, el grupo de < 5 años (16.38). En las comparaciones entre las dimensiones del síndrome de Burnout según grupo ocupacional, se reportó que existe diferencias significativas entre los rangos promedios de las dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y la dimensión agotamiento emocional – despersonalización, según el grupo ocupacional, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las dimensiones del síndrome de burnout según grupo ocupacional). En agotamiento emocional, los rangos promedios, del grupo profesional presentan el mayor promedio (84.02) a diferencia del grupo ocupacional técnico (44.38). En despersonalización, los rangos promedios del grupo ocupacional profesional (82.54), es mayor que el grupo ocupacional técnico (41.97). En realización personal el mayor promedio presenta el grupo ocupacional técnico (76.3) le sigue el grupo ocupacional de enfermería (54.86) a diferencia del grupo profesional (29.6). En la dimensión conjunta agotamiento emocional – despersonalización, el grupo ocupacional profesional (84.52) y el grupo ocupacional enfermería (65.93) presentan mayores promedios que el grupo ocupacional técnico (43.75).

Respecto a las comparaciones de las habilidades sociales y sus dimensiones, se describen los rangos promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según el sexo, reportándose que los rangos promedios del sexo femenino son mayores que los rangos promedios del sexo masculino. En el análisis estadístico de contraste, se reportó que existen diferencias muy significativas en las habilidades sociales y sus seis dimensiones según el sexo.

En las comparaciones entre habilidades sociales y sus dimensiones según grupos etarios, se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según grupos etarios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según grupos etarios). En habilidades sociales y sus seis dimensiones, los rangos promedios, el grupo de $>$ de 60 años presentan el menor promedio que los otros grupos etarios, el grupo de 20 – 29 años y el grupo de 30 – 39 años. En las comparaciones entre habilidades sociales y sus dimensiones según tiempo de servicios, se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según el tiempo de servicios, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de habilidades sociales y sus seis dimensiones según tiempo de servicios). En habilidades sociales y sus seis dimensiones, los rangos promedios, el grupo de $<$ de 5 años y el grupo de 6 – 10 años, presentan mayor rango promedio que los otros grupos grupo de más de 20 años y el grupo de 16 - 20 años. En las comparaciones entre las habilidades sociales y sus seis dimensiones según grupo ocupacional, se reportó que existe diferencias muy significativas entre los rangos promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según el grupo ocupacional, rechazándose la H_0 (no existen diferencias), aceptándose la H_1 (existen diferencias significativas en los rangos promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según grupo ocupacional). El grupo ocupacional técnico presentan mayores promedios en habilidades sociales y las seis dimensiones que los grupos ocupacionales de enfermería y grupo ocupacional profesional (médicos, odontólogos, entre otros).

Respecto a la relación entre habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de burnout se concluye que existe correlación positiva alta y muy significativas entre habilidades sociales con realización personal. Asimismo, existe una correlación negativa alta y muy

significativas entre habilidades sociales con agotamiento emocional y con despersonalización; por lo tanto, se acepta la H1 (existe relación muy significativa entre habilidades sociales y las dimensiones del síndrome de burnout).

VI. CONCLUSIONES

- a. Se encontró una relación estadística entre síndrome de burnout con las habilidades sociales con la técnica no paramétrica de correlación bivariado de Spearman (ρ), concluyéndose que existe correlación negativa alta y muy significativa.
- b. El 63.6% de la muestra presentan Burnout y el 36.4% de la muestra No presenta Burnout. En relación a las dimensiones de la variable, el 44.1% de la muestra presentan un nivel promedio o moderado en relación con la dimensión agotamiento emocional; En cuanto a la dimensión despersonalización, el 77.9% de la muestra presentan niveles por debajo del promedio; así mismo, el 63.6% de la muestra presentan niveles por debajo del promedio, para la dimensión realización personal y para la última dimensión, cansancio emocional – despersonalización, el 65.2% de la muestra presenta niveles superiores al promedio.
- c. En los niveles de las habilidades el 51.8% presentan niveles por debajo del promedio; En la dimensión primeras habilidades sociales, el 42.3% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales avanzadas, el 48.3% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades relacionadas con los sentimientos, el 42,5% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales frente al estrés, el 41.5% presentan niveles por debajo del promedio; en la dimensión habilidades sociales de planificación, el 53.4% presentan niveles por debajo del promedio.
- d. Existe diferencias de promedios del síndrome de Burnout y sus dimensiones según grupos etarios, tiempo de servicios, sexo, grupo ocupacional.
- e. Existe diferencias de promedios de las habilidades sociales y sus dimensiones según grupos etarios, tiempo de servicios, sexo, grupo ocupacional.
- f. Existe correlación positiva alta entre habilidades sociales con realización personal y muy significativas; de igual forma existe correlación negativa alta entre habilidades sociales con agotamiento emocional y con despersonalización y muy significativas.

VII. RECOMENDACIONES

- a. Es importante que la dirección de recursos humanos realice evaluaciones periódicas sobre el síndrome de burnout para tener un perfil real de dicha variable en el personal de salud, que les permitan tomar medidas correctivas.
- b. En base a los resultados reportados es preciso implementar un plan de mejora sobre habilidades sociales, empatía, inteligencia emocional para disminuir y controlar los niveles altos de estrés laboral en el personal técnico y profesional de salud.
- c. Se debería tener en cuenta en las evaluaciones del personal los factores de riesgo que podrían estar determinando y condicionando la presencia del síndrome de burnout en la muestra investigada.
- d. Se debería replicar la investigación teniendo en cuenta otras variables como calidad de servicio, clima social laboral, relaciones humanas, adherencia al tratamiento, entre otras.
- e. Respecto al instrumento utilizado, precisamente la Lista de chequeo y evaluación de Habilidades Sociales, se recomienda una adaptación de instrumento proponiendo una reducción de ítems a fin de reducir tiempos a la hora de su ejecución.
- f. En base a los resultados encontrados de síndrome de burnout, la elaboración y ejecución de talleres, capacitaciones, evaluaciones, etc.; resultarían beneficiosos para la población investigada.

VIII. REFERENCIAS

- Araujo, M. y Solís, K. (2017). *Habilidades de comunicación efectiva y su relación, con la presencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el* <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13731/habilidades%20de%20comunicaci%c3%93n%20efectiva%20y%20su%20relaci%c3%93n%2c%20con%20la%20presencia%20de%20s%3%8dndrome%20de%20burnout%20en%20m%3%89.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. Methuen.
- Argyle, M (1981). *Social Skill and heatth*. Methuen
- Arquero, J. y Donoso, J. (2013). Docencia, investigación y burnout: el síndrome del quemado en profesores universitarios de Contabilidad. *Revista de Contabilidad*, 16(2), pp. 94-105. <https://doi.org/10.1016/j.rcsar.2013.04.001>
- Arquero, J., Donoso, J., Hassall, T. y Joyce, J. (2006). El impacto del síndrome *burnout* en los profesores noveles. Un estudio piloto. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 27, pp. 69-82.
- Ávila R. (1998). *Estadística elemental*. Estudios y Ediciones S.
- Augusto-Landa, J. M., Zafra, E. L., Martos, P. B. y Martos, M. P. (2012). Análisis de las relaciones entre inteligencia emocional percibida, balanza afectiva y desgaste profesional. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, pp. 151-168.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). En R. Bar-On y J. D. A. Parker (dirs.), *Handbook of emotional intelligence*. Jossey-Bass.
- Baron, R. A. y Markman, G. D. (2000). Beyond social capital: how social skills can enhance entrepreneurs' success. *The Academy of Management Executive*, 14, pp. 106-116.

- Barrick, M. R., Stewart, G. L., Neubert, M. J. y Mount, M. K. (1998). Relating member ability and personality to work-team processes and team effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 83, pp. 377-391.
- Bedoya, Y. y Barrientos, R. (2018). *Síndrome de burnout y satisfacción laboral de los trabajadores de la Dirección Regional de Salud. Ayacucho, 2018*. (Tesis maestría, Universidad César Vallejo de Perú) https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26931/bedoya_fy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bolívar, J. (2019). *Inteligencia emocional y productividad laboral del personal de salud del centro de salud Néstor Gambetta, DIRESA Callao, 2016*. (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Bresó, E., Llorens, S., y Salanova, M. (2005). *Creencias de eficacia académica y engagement en estudiantes universitarios*. Jornades de Fomento de la Investigación.
- Bresó, E., Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2007). In Search of the “Third Dimension” of burnout: efficacy or inefficacy. *Applied psychology An International Review*, 56(3), pp. 460-478.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Pirámide.
- Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Klinik, S.L
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España.
- Caballo, V.E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Calvo, M.D. (2008). *Serie Cuidados Avanzados*. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- Calzada, P., Cuero, K. y Novoa, A. (2023). *Habilidades Sociales y Síndrome de Burnout en amas de casa entre 19 a 25 años de la ciudad de Villavicencio*. Universidad Santo Tomas. Villavicencio Colombia.

- Canales F., de Alvarado E. y Pineda E. (1994). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición*. Organización Panamericana de la salud
- Cosio-Dueñas, H., Valderrama Mamani, Y. R., Lazo Otazú, L. y Holgado Canales, M. (2020). Habilidades Sociales y Síndrome de Burnout en Odontólogos del Ministerio de Salud en una región del Perú. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 2019, vol. 28(2). pp. 199-212
- Castañeda E. y García E J. (2013). prevalence of professional burnout syndrome among dentists in the education and health sectors in the city of Guadalajara, México, 2012. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. junio de 2013;24(2). pp. 267- 88.
- Castañeda E, García G de A, Eduardo J. (2012). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. *Med Segur Trab*. septiembre de 2012;58(228). pp. :246-60.
- Castro L. (2005). Diseños experimentales sin estadística. Trillas
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- D'Cruz, P. y Noronha, E. (2008). Doing emotional labour the experiences of Indian call centre agents. *Global Business Review*, 9, pp. 131-147.
- Del Prette, Z. A. P. y Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. UFRGS.
- Díaz-Hamada, L. (2017). *Adaptación, validación y establecimiento de niveles diagnósticos de escalas*. Curso taller de investigación II – III (Sexto año de Psicología). Facultad de Psicología de la Universidad nacional Federico Villarreal. Lima, Perú. (no publicado)

- Domínguez, M. (2018). *Síndrome de Burnout y Desempeño Profesional del Personal de Salud en el Centro de Salud Nuevo Milenio, Madre de Dios – 2018*. (Tesis maestría, Universidad César Vallejo de Perú) https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37535 /dominguez_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dongil E. y Cano A. (2014). *Habilidades sociales. Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el Estrés (SEAS)*
- Edelwich, J. Y Brodsky, A. (1980): *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Human Sciences Press.
- Enciso, E. (2017). *Habilidades sociales de las enfermeras en dos áreas Hospitalarias del servicio de Neonatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao 2017*. (Tesis para optar el grado académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud). Universidad Cesar vallejo. Lima. Perú
- Ferris, G. R., Witt, L. A. y Hochwarter, W. A. (2001). Interaction of social skill and general mental ability on job performance and salary. *Journal of Applied Psychology*, 86, pp. 1075-1082.
- Forbes, R. (2011). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa, éxito empresarial*. doi: 10.1103/PhysRevLett.35.1141.
- Freuderberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165.
- Furnham, A. (2006). *The psychology of behaviour at work: the individual in the organization*. East Sussex: Psychology Press.
- George, J. M. (2000). Emotions and leadership: the role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53, pp. 1027-1055.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, pp. 281-290.

- Gil, F., Rico, R. y Sánchez-Manzanares, M. (2008). Eficacia de equipos de trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29, pp. 25-31.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam Books.
- Golembiewski, R. T., Scherb, K. y Boudreau, R. A. (1993). Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives. En W. B. Schaefer, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 217-234). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Greene, J. y D'Oliveira, M. (2006). *Test estadísticos para psicología*. 3ra. Edición. Mc Graw Hill.
- Gumpel, T. (1,994). Competencia social y entrenamiento en habilidades sociales. EOS
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., Aro A., (2004): "Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health". *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, n°3, pp.220-237.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hersen, M., y Bellack, A. (1977). *International hand book by behavior modification and therapy*. Plenum press.
- Herrero C. (2017). *Habilidades sociales y niveles de Burnout en profesionales de enfermería de triage del Hospital Universitario central de Asturias*. (Trabajo de fin de master). Universidad de Oviedo. España.
- Hogan, R. y Shelton, D. (1998). A socio-analytic perspective on job performance. *Human Performance*, 11, pp. 129-144.
- Huffcutt, A. I., Conway, J. M., Roth, P. L. y Stone, N. J. (2001). Identification and meta-analytic assessment of psychological constructs measured in employment interviews. *Journal of Applied Psychology*, 86, 897.

- Hurtado, R. (2018). *Habilidades sociales en estudiantes de quinto año de secundaria de una institución educativa particular de Lima Metropolitana, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Inca Garcilaso De la Vega. Lima, Perú.
- Ilaja, B. y Reyes, C. (2016). Burnout y estrategias de inteligencia emocional en profesores universitarios: implicaciones en la salud laboral educativa. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, vol. 33, núm. 1, January-april, pp. 31-46.
- Juscamaita, M. (2018). *Síndrome de Burnout en internos de medicina del hospital nacional arzobispo Loayza*. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima Perú.
- Keller, S. y Price, C. (2013). *Más allá del desempeño. Salud Organizacional como última ventaja competitiva*. BPR.
- Kelly, J. (1982). *Social skill training: A practical guide for interventions*. Springer.
- Kerber, K. y Buono, A. F. (2005). Rethinking organizational change: reframing the challenge of change management. *Organization Development Journal*, 23, pp. 23-38.
- Kerlinger, F. (2004). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill Interamericana.
- Khalili, A. (2012). The role of emotional intelligence in the workplace: a literature review. *International Journal of Management*, 29, pp. 355-370.
- Ladd, B. y Chan, C. (2004). EI and participation in decision-making: strategies for promoting organizational learning and change. *Strategic Change*, 13, pp. 95-105.
- Leal, C., Díaz, J., Tirado, S., Rodríguez, J. y Vander, C. (2015). *Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*. [investigación, Universidad Católica de Murcia de España]
<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000200005>

- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988): "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment", *Journal of Occupational Behavior*, vol. 9, pp. 297- 308.
- Liébana-Presa, Fernández-Martínez y Morán-Astorga (2017). Relación entre la inteligencia emocional y el burnout en estudiantes de enfermería. Universidad de León, España. *Psychology, Society, & Education*, 2017. Vol. 9(3), pp. 335-345; ISSN 2171-2085 (print) / ISSN 1989-709X (online) Doi 10.25115/psye.v9i3.856
- Llaja, V, Sarria, C. y García, P. (2007) *MBI Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson. Muestra Peruana*. Pinedo Grafic.
- MacFall, R. y Twentyman, C.(1982). A review and reformulation of the concept of social skill. En *Behavioral assessment* .4(2), pp. 1-33. Barcelona: Autonomous University.
- Marcoux, G. y Guihur, I. (2012). Work pressure and social skills: an analysis based on the fourfold typology of emotional labor. *Management Review: An International Journal*, 7, pp. 43-80.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, núm. 112, septiembre, 2010, pp. 42-80 Universidad Complutense de Madrid, España.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, pp. 607-611.
- Maslach, C.y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, pp. 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, E. (1997). *Manual del Inventario de Burnout de Maslach*. TEA Ediciones.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). *Job burnout. Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422.

- Matos, J. (2016). *Competencias sociales que poseen los internos de enfermería de una universidad pública de Lima*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Matos, M. (2017). *Competencias sociales que poseen los internos de enfermería de una universidad pública de Lima. 2016*. (Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- McCroskey, J. C. y Richmond, V. P. (1996). *Fundamentals of human communication: an interpersonal perspective*. Prospect Heights, IL: Waveland.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En I. P. Salovey y D. J. Sluyter (dirs.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3-13). Basic Books.
- Mohrman, S. A. y Cohen, S. G. (1995). *When people get out of the box: new relationships, new systems*. Jossey-Bass
- Monjas, I. (1,992). *Programa de enseñanza de Interacción social*. CEPE.
- Moreno-Jiménez, B. y Báez-León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Moreno-Jiménez, B., Blanco-Donoso, L., Aguirre-Camacho, A., De Rivas, S. y Herrero, M. (2014). Habilidades sociales para las nuevas organizaciones. Universidad Autónoma de Madrid (España). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 22, N° 3, 2014, pp. 585-602
- Moreno-Jiménez, B. Garrosa, E. H. y Rodríguez-Carvajal, R. (2013) Las organizaciones saludables. En B. Moreno-Jimenez y E. Garrosa Hernández (dirs.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 295-312). Pirámide

- Michelson, L. (1983). *Social skill assessment and training with children :an Empyrically basis handbook*. Plenum press
- Mumford, M. D., Peterson, N. G. y Childs, R. A. (1999). *Basic and cross-functional skills*. American Psychological Association.
- Newell, S. (2003). *Creando Organizaciones saludables*. Thomson.
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/bullying at the work place*. Rainer Hampp Verlag
- Nunura, L. (2016). *Burnout en profesionales de establecimientos de salud de primer nivel de atención de Lima metropolitana*. (Tesis de pregrado) Universidad de Lima. Lima, Perú.
- Pacheco, G. (2016). *Relación entre la percepción del clima laboral y el síndrome de Burnout en enfermeras y técnicas de enfermería de una clínica de Lima metropolitana*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Palomino, M. (2018). *Características del Síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera - Lima 2018*. (Tesis Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
- Paredes, M. (2016). *Factores asociados al síndrome de Burnout en las enfermeras del servicio de neonatología en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Peñañiel, E. y Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Editex
- Pérez, F. y Cartes, R. (2015). Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *Edumecentro*. 7(2), pp. 179–190.
- Garrido, C. y Pomareda, K. *Prevalencia de burnout en estudiantes de grado de odontología: una revisión sistemática*. *Odontoestomatología* [online]. 2022, vol.24, n.40, e319. Epub 01-Dic-2022. ISSN 0797-0374. <https://doi.org/10.22592/ode2022n40e319>.

- Rahim, M. A. y Minors, P. (2003). Effects of EI on concern for quality and problem solving. *Managerial Auditing Journal*, 18(2), pp. 150-155.
- Requena, D. (2019). *Inteligencia emocional y síndrome de Burnout en trabajadores del centro de salud San Juan de Miraflores*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Richardson, D. R., Hammock, G. S., Smith, S. M. y Gardner, W. (1994). Empathy as a cognitive inhibitor of interpersonal aggression. *Aggressive Behavior*, 20, pp. 275-289
- Sacks, Z. (1992). *Habilidades sociales*.
<http://www.educacion.once.es/appdocumentos/.../HabilidadesSociales%202005.pdf>
- Salanova, M., Martínez, I. M., Bresó, E., Llorens, S., y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), pp. 170-180.
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L. y Ramos-Navas Parejo, J. M. (2014). La asertividad y su relación con problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, pp. 523-549
- Sarmiento, G. S. (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *La revista*, 19(1): pp. 67-72.
- Schaufeli, W. y Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, pp. 293-315.
- Sernaque, R. (2009). *Estudio sobre frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en los médicos emergenciólogos de los hospitales nacionales*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

- Shirom, A. (1989): "Burnout in work organization", en C.L. Cooper y I. Robertson (eds.), *Internacional review of industrial and organizacional psychology*. John Wiley and Sons.
- Solís, R., Tantalean, M., Burgos, R., Chambi-Torres, J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *An Fac med.* 2017;78(3), pp. 270-276 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>
- Solís, Z., Zamudio, L., Matzumura, J., Gutiérrez, H. (2015). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horiz Méd.* 2016; 16(4), pp. 32–38.
- Tarricone, P. y Luca, J. (2002). Employees, teamwork and social interdependence - a formula for successful business? *Team Performance Management*, 8, pp. 54-59.
- Toscano, M. y Toscano, Z. (2021). *Habilidades sociales y síndrome de burnout en trabajadores de la subgerencia de serenazgo de la municipalidad provincial de Huamanga-Ayacucho, 2021*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología). Universidad Autónoma de Ica. Ica. Perú.
- Trindade, L., y Lautert, L. (2010). Syndrome of Burnout among the workers of the Strategy of Health of the Family. *Rev Esc Enferm USP.* junio de 2010;44(2), pp. 274-9.
- Trower, P. (1980). Situational Analisis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 48(2), pp. 327-339.
- Valderrama, Y. (2019). *Relación de las habilidades sociales y el síndrome de Burnout en odontólogos del Ministerio de Salud, Apurímac, 2018*. (Tesis Para optar el Grado Académico de: Maestro en Salud Pública mención Gerencia en servicios de Salud). Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco. Cuzco. Perú.

- Valladares, G. (2017). *Síndrome de burnout y clima social familiar del personal de salud de un policlínico particular del Callao, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo. Lima, Perú.
- Van Hasselt, V., Kazdin, A., Hersen, M., Simón, J. & Mantantuono, A. (1985). A Behavior – analytic model for assessing social skills in blind adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 23(11), pp. 395-405
- Vásquez-Manrique, J., Maruy-Saito, A. y Verne-Martin, E. (2014). *Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Vecchi, C. (2016). Empatía, burnout...y competencia profesional. Algunas reflexiones. Sociedad argentina de neurología infantil. *Sociedad Argentina de Neurología Infantil*. vol.114, n.5, pp.468-471.
- Verde, R. (2015). *Taller aprendiendo a convivir para el desarrollo de habilidades sociales en los alumnos del primer año de educación secundaria de la I.E. Víctor Haya de la Torre*. Universidad privada antenor orrego, escuela de postgrado. Trujillo. Perú.
- Wasielewski, P. L. (1985). The emotional basis of charisma. *Symbolic Interactionism*, 8, pp. 207- 222
- Zyzanski, S. J., Stange, K. C., Langa, D. y Flocke, S. A. (1998). Trade-offs in high-volume primary care practice. *The Journal of Family Practice*, 46, pp. 397-402

IX. ANEXOS

Prueba N°....

Anexo A: Instrumentos de obtención de datos

Objetivo general de la investigación

Determinar cómo se presentan el síndrome de Burnout y las habilidades sociales en trabajadores de un establecimiento de salud de primer nivel de atención de Lima Metropolitana – 2019 y su asociación – comparación según las variables socio laborales.

Consentimiento informado

Usted al aceptar llenar los instrumentos de obtención de los datos está aceptando tácitamente ser parte de la muestra de investigación, lo que implícitamente está otorgando su consentimiento. La encuesta es anónima, es confidencial y solo los datos obtenidos son con fines para la presente investigación. En caso de que usted ya no desee continuar con el llenado de la escala, está en su derecho de no hacerlo y el encuestador respetara su decisión.

Datos generales (variables socio laborales).

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: 20 -29 (); 30 - 39 (); 40 – 49 (); 50 – 59 (). 50 – 60 (), > de 60 años
3. Tiempo de servicios: Menos de año (); 1 – 5 (); 6 – 10 (); 11 – 15 (); 16 – 20 ().
> de 20 ()
4. Condición laboral: Estable () Contratado ()
5. Ocupación:

Anexo B: Lista de chequeo y evaluación de habilidades sociales
(Goldstein et. Al. 1,980)

INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas. Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente. Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

N = NUNCA
RV = RARA VEZ
A V = A VECES
R = REGULARMENTE
C S = CASI SIEMPRE
S = SIEMPRE

| N.º | ITEMS | N | RV | AV | R | CS | S |
|------------|---|----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1 | ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo? | | | | | | |
| 2 | ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes? | | | | | | |
| 3 | ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás? | | | | | | |
| 4 | ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada? | | | | | | |
| 5 | ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.? | | | | | | |
| 6 | ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa? | | | | | | |
| 7 | ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre sí? | | | | | | |
| 8 | ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza? | | | | | | |
| 9 | ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad? | | | | | | |
| 10 | ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad? | | | | | | |
| 11 | ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica? | | | | | | |
| 12 | ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente? | | | | | | |
| 13 | ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal? | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 14 | ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona? | | | | | | |
| 15 | ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta? | | | | | | |
| 16 | ¿Permite que los demás conozcan lo que siente? | | | | | | |
| 17 | ¿Intenta comprender lo que sienten los demás? | | | | | | |
| 18 | ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona? | | | | | | |
| 19 | ¿Permite que los demás sepan que se interesa | | | | | | |
| 20 | ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo? | | | | | | |
| 21 | ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa? | | | | | | |
| 22 | ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada? | | | | | | |
| 23 | ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás? | | | | | | |
| 24 | ¿Ayuda a quien lo necesita? | | | | | | |
| 25 | ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes? | | | | | | |
| 26 | ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"? | | | | | | |
| 27 | ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cuáles su postura? | | | | | | |
| 28 | ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas? | | | | | | |
| 29 | ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas? | | | | | | |
| 30 | ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse? | | | | | | |
| 31 | ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución? | | | | | | |
| 32 | ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien? | | | | | | |
| 33 | ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado? | | | | | | |
| 34 | ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido? | | | | | | |
| 35 | ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación? | | | | | | |
| 36 | ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo? | | | | | | |
| 37 | ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará? | | | | | | |
| 38 | ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro? | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 39 | ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen? | | | | | | |
| 40 | ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación? | | | | | | |
| 41 | ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática? | | | | | | |
| 42 | ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta? | | | | | | |
| 43 | ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante? | | | | | | |
| 44 | ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control? | | | | | | |
| 45 | ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea? | | | | | | |
| 46 | ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea? | | | | | | |
| 47 | ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información? | | | | | | |
| 48 | ¿Determina de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero? | | | | | | |
| 49 | ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor? | | | | | | |
| 50 | ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo? | | | | | | |

Anexo C. Maslach Burnout Inventory Human Services (MBIHSS)

Adaptado por Llaja et al. (2007)

Lea cada una de las premisas y coloque el numero de la alternativa que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

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

Tabla 1

Baremos del Cuestionario Maslach Burnout Inventory.

| Dimensión | Bajo | Medio | Alto |
|----------------------|-------------|--------------|-------------|
| Cansancio emocional | 0 – 18 | 19 – 26 | 27 – 54 |
| Despersonalización | 0 – 5 | 6 – 9 | 10 – 30 |
| Realización personal | 0 - 33 | 34 - 39 | 40 - 48 |

Establecimiento de niveles diagnósticos (Díaz-Hamada 2017):

Se utilizó la técnica estadística denominada Quintiles ($100\% :5 = 20\%$) que representa para cada nivel el 20%

Niveles diagnósticos por dimensiones

Agotamiento emocional: (9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)

Puntaje Mínimo = 0; Puntaje máximo = 54

54 puntos: 5 niveles = 10.8 puntos por intervalo de clase

| Intervalo de clase | Nivel diagnóstico |
|---------------------------|--------------------------|
| 0 – 10.8 | Nivel muy bajo |
| 11 – 21.6 | Nivel bajo |
| 22 – 32.4 | Nivel moderado |
| 33 - 43.2 | Nivel alto |
| 44 – 54 | Nivel muy alto |

Despersonalización: (5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22).

Puntaje Mínimo = 0; Puntaje máximo = 30

30 puntos: 5 niveles = 6 puntos por intervalo de clase

| Intervalo de clase | Nivel diagnóstico |
|---------------------------|--------------------------|
| 0 – 6 | Nivel muy bajo |

| | |
|---------|----------------|
| 7 – 12 | Nivel bajo |
| 13 – 18 | Nivel moderado |
| 19 - 24 | Nivel alto |
| 25 – 30 | Nivel muy alto |

Realización personal: (8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Puntaje Mínimo = 0; Puntaje máximo = 48

48 puntos: 5 niveles = 9.6 puntos por intervalo de clase

| Intervalo de clase | Nivel diagnóstico |
|---------------------------|--------------------------|
| 0 – 9.6 | Nivel muy bajo |
| 10 – 19.2 | Nivel bajo |
| 20 – 28.8 | Nivel moderado |
| 29 – 38.4 | Nivel alto |
| 39 – 48 | Nivel muy alto |

Niveles de las dimensiones agotamiento - despersonalización

Agotamiento emocional (9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y **Despersonalización:** (5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22). Total 14 ítems

Puntaje mínimo = 0; Puntaje máximo = 84 puntos

84: 5 = 16.8 puntos por intervalo de clase (rango).

| Intervalo de clase | Nivel diagnóstico |
|---------------------------|--------------------------|
| 0 – 16.8 | Nivel muy bajo |
| 17 – 33.6 | Nivel bajo |
| 34 – 50.4 | Nivel moderado |
| 51 – 67.2 | Nivel alto |
| 68 – 84 | Nivel muy alto |

Para efectos de determinar si el trabajador de salud presenta Burnout deberá estar en el rango de moderado a muy alto en la dimensión agotamiento emocional – despersonalización y en realización profesional deberá estar entre los niveles moderado a muy bajo.

Tabla 2

Niveles diagnósticos por quintiles: cinco niveles del 20% c/u (Díaz-Hamada 2017)

| Dimensiones | N.º de Ítems | Rango | Niveles |
|---|--------------|---|---|
| Primeras Habilidades Sociales | 8 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 40 40:5 = 8 puntos por rango | 0 – 8 Muy bajo nivel 9 – 16 Bajo nivel 17 – 24 Moderado nivel 25 – 32 Alto nivel 33 – 40 Muy alto nivel |
| Habilidades Sociales Avanzadas | 6 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 30 30:5= 6 puntos por rango | 0 – 6 Muy bajo nivel 7 – 12 Bajo nivel 13 – 18 Moderado nivel 19 – 24 Alto nivel 25 – 30 Muy alto nivel |
| Habilidades relacionadas con los sentimientos | 7 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 35 35:5= 7 puntos por rango | 0 – 7 Muy bajo nivel 8 – 14 Bajo nivel 15 – 21 Moderado nivel 22 – 28 Alto nivel 29 – 35 Muy alto nivel |
| Habilidades alternativas a la agresión | 9 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 45 45:5= 9 puntos por rango | 0 – 9 Muy bajo nivel 10 – 18 Bajo nivel 19 – 27 Moderado nivel 28 – 36 Alto nivel 37 – 45 Muy alto nivel |
| Habilidades sociales frente al estrés | 12 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 60 60:5 = 12 puntos por rango | 0 – 12 Muy bajo nivel 13 – 24 Bajo nivel 25 – 36 Moderado nivel 37 – 48 Alto nivel 49 – 60 Muy alto nivel |
| Habilidades sociales de planificación | 8 | Puntaje mínimo = 0 Puntaje máximo = 40 40:5= 8 puntos por rango | 0 – 8 Muy bajo nivel 9 – 16 Bajo nivel 17 – 24 Moderado nivel 25 – 32 Alto nivel 33 – 40 Muy alto nivel |